UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

EMÍLIA GALLINDO CURSINO

A INTEGRALIDADE NO ENSINO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SÃO PAULO
2012

EMÍLIA GALLINDO CURSINO

A INTEGRALIDADE NO ENSINO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profª Drª Elizabeth Fujimori

SÃO PAULO
2012

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.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cursino, Emília Gallindo
A integralidade no ensino da atenção à saúde da criança em cursos de graduação em enfermagem / Emília Gallindo Cursino . – São Paulo, 2012.
124 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Elizabeth Fujimori
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Assistência Integral à Saúde 2. Saúde da criança 3. Enfermagem pediátrica 4. Enfermagem 5. Ensino superior I. Título.

NOME: EMÍLIA GALLINDO CURSINO

TÍTULO: A integralidade no ensino da atenção à saúde da criança em cursos de graduação em enfermagem

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao **João**, meu marido, amigo e companheiro, pela presença constante. Incentivador e crítico, que me ajudou a superar as adversidades, com seu amor e compreensão e que ao me acreditar sempre capaz, incentiva-me nos momentos de dificuldades, compreende minhas ausências e sabe se fazer presente.

Aos meus filhos **Frederico e Diogo**, com os quais tenho aprendido tanto sobre o amor e o cuidar. Vocês tornam possível acreditar em um mundo melhor.

Aos **meus pais**, por terem me ensinado a importância da leitura e do saber e de como é possível romper barreiras e fronteiras através do conhecimento. Especialmente a minha **mãe**, *In memoriam*, que, com sua simplicidade e sabedoria me ensinou a viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigado por ter me dado coragem para enfrentar os vários momentos de solidão, resignação nos momentos de dificuldades, saúde durante toda esta trajetória, discernimento para ir de encontro às pessoas bondosas e amigas no meu caminho.

Ao concluir esta tese, que representa uma fase importante de minha vida, é fundamental mencionar pessoas que contribuíram de maneira significativa para a sua realização. Assim, quero agradecer:

À Profª Drª. Elizabeth Fujimori, minha orientadora, cujo apoio foi uma lição de competência e seriedade profissional. Obrigada, pelas palavras de estímulo, pelo incentivo, pela objetividade, por compartilhar idéias, indicando-me os caminhos à medida que os trilhava comigo. A sua amizade, disponibilidade e confiança foram os estímulos necessários para a construção deste trabalho.

Às docentes, sujeitos deste estudo, que me receberam de forma solícita e tornaram possível rever minha trajetória profissional ao revelarem as suas.

Às Profas. Dulcinéia Menezes Lima, Donizete Vago Daher, Elenice Checcetti Vaz, companheiras de longas datas, minha gratidão pela amizade, incentivo e manifestações de apoio.

Às companheiras de disciplina, Eny Dórea Paiva, Maria Estela Diniz Machado e Luciana Rodrigues da Silva, por possibilitarem a minha dedicação a este estudo.

À Profª Drª. Helen Ferreira da Silva, pela torcida desde meu mestrado, a você o meu carinho e reconhecimento.

Às demais professoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil/Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Affonso Costa da Universidade Federal Fluminense, por terem acreditado em mim tornando possível esta minha qualificação. Obrigada pelo apoio e confiança.

A todas as integrantes do grupo de pesquisa, Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC), pelo convívio e

pelas enriquecedoras discussões. Em especial a Profª Drª Ana Luiza Borges Vilela pelas preciosas contribuições e palavras incentivadoras.

Aos colegas da Pós-Graduação, obrigada pela convivência e pela oportunidade de compartilhar discussões, experiências e conhecimentos.

Às minhas novas amigas Rebeca Nunes Guedes e Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari (Rô), obrigada por compartilhar alegrias e tristezas nesta trajetória.

Aos docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, obrigada pelo convívio e pela oportunidade impar de compartilhar conhecimentos.

Aos secretários da pós-graduação por terem sido sempre solícitos quando procurados. A vocês meu carinho e reconhecimento.

À querida Terezinha, pela atenção, presteza e infinita bondade.

À Evellyn pelo apoio na formatação final do texto, a você meu carinho e muito obrigada.

Aos meus irmãos Janine, Fátima, Giuseppe, Fernando e Jackeline, que sempre acreditaram em mim, compreenderam minhas ausências e souberam se fazer presentes apesar da distância. Obrigada pelo estímulo, afeto e amor que sempre nos uniu.

Um agradecimento especial a minha irmã Janeide e sua família por terem me recebido em sua casa, durante minhas idas a São Paulo, obrigada pelo carinho e acolhimento.

À grande amiga e irmã de coração, Profª Solange Lourdes de Souza. Apesar da distância, você continua me dando na medida exata, carinho, motivação e respeito. Obrigada por compartilhar sempre de meus sonhos e projetos.

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

“De tudo ficaram três coisas:

a certeza de que estava sempre começando;

a certeza de que era preciso continuar;

e a certeza de que seria interrompido antes de continuar.

Fazer da interrupção um caminho novo;

fazer da queda um passo de dança,

do medo, uma escada,

do sonho uma ponte,

da procura um encontro.”

(Fernando Sabino)

Cursino EG. A integralidade no ensino da atenção à saúde da criança em cursos de graduação em enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

RESUMO

Introdução: A formação do profissional constitui um desafio para a transformação das práticas e melhoria da saúde da população. A integralidade da atenção é um princípio norteador da política de saúde. Cabe, pois, perguntar se o ensino da saúde da criança, no âmbito da graduação, contempla a integralidade na formação dos enfermeiros. **Objetivo:** Analisar se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros. **Método:** estudo qualitativo com 16 docentes envolvidos com o ensino da saúde da criança, na atenção básica e hospitalar, em oito instituições públicas de graduação em enfermagem, localizadas em quatro estados das regiões sudeste e nordeste do Brasil. A captação dos dados deu-se por meio de consulta aos planos pedagógicos e análise dos planos de ensino e entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas gravadas e transcritas foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática. As categorias analíticas tiveram suporte no referencial teórico da integralidade. **Resultados:** Constatou-se que os conteúdos dos planos de ensino consideram os determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, as ações de promoção e prevenção da saúde e a atenção à criança doente, de forma que nos aspectos concernentes aos conteúdos teóricos, contempla-se princípio da integralidade. A análise das entrevistas levou à construção de seis categorias. Quatro evidenciaram aproximações do ensino com o princípio da integralidade: ‘a gente trabalha a questão das políticas públicas’; ‘atuação na atenção básica, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado’; referência e contra-referência ainda é uma meta, mas o aluno tem que saber que existe’; ‘criança inserida na família e no contexto histórico, social e epidemiológico’. E duas referiram-se a distanciamento do ensino com o princípio da integralidade na atenção à saúde da criança: ’primeiro vem o conteúdo teórico e depois vem a prática’; ‘a gente tem que integrar’. Apreendeu-se dos depoimentos que o ensino se insere em campos de prática diversificados que incluem atenção básica, hospitalar, creches e visita domiciliar que permite ao aluno cuidar da criança sadia e doente nos diferentes níveis de complexidade e em diferentes contextos, o que além de aproximá-lo da realidade da criança e sua família, favorece a incorporação do princípio da integralidade. Entretanto, constatou-se que o ensino teórico e o ensino prático são fragmentados e pontuais, praticamente sem integração entre as diversas disciplinas, o que compromete a apreensão da abordagem total no atendimento às necessidades da criança, tão pertinente à integralidade. A idéia de que primeiro o aluno deve dominar a teoria para depois ir para a prática revela que o campo prático é utilizado para comprovação da teoria e não como sua fonte desafiadora. Também a inserção pontual do aluno no campo dificulta sua articulação com o cotidiano dos serviços e com o contexto social, comprometendo-se a incorporação da integralidade na formação dos enfermeiros. **Conclusões:** Nos cursos estudados, evidenciou-se que o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade nos aspectos concernentes aos conteúdos teóricos. Entretanto, pode-se afirmar que há contradição entre o que se propõe nos documentos pedagógicos e o que se efetiva na prática pedagógica. Dessa forma, conclui-se que na prática pedagógica do ensino da saúde da criança, aproximações e distanciamentos do princípio da integralidade dificultam sua incorporação na formação do enfermeiro.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem; Educação Superior.

Cursino EG. Comprehensive in teaching child health care in undergraduate nursing. [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Introduction: The training of professionals is a challenge for the transformation of practices and improving the health of the population. Comprehensive health care is a guiding principle of the health policy. It is therefore; necessary to question whether the teachings of child health care in the context of graduation, contemplates the full training of nurses. **Objective:** To consider whether the teaching of child health care incorporates the principle of comprehensive in the training of nurses. **Method:** A qualitative study with 16 teachers involved in the teaching of child health care, primary and hospital care, in 8 public institutions of undergraduate nursing, located in 4 states in southeastern and northeastern Brazil. Data recording was performed through consultation of educational plans and analysis of teaching plans as well as through semi-structured interviews. Recorded and transcribed interviews were subjected to content analysis of the thematic type. The analytical categories were supported in the framework of theoretical comprehensive. **Results:** The teaching of child health care includes determinants and risks of illness, promotion and preventive health care and attention for a sick child, so that the aspects related to the theoretical content, contemplate the principle of comprehensive. Analysis of the interviews led to the construction of 6 categories. Four teaching approaches demonstrated the principle of comprehensive, 'working with the issue of public safety'; 'performance in primary care, in hospitals and other care settings'; 'reference and counter-reference is still a goal, however the student must know that there is'; 'a child in the family and in historical, social and epidemiological context'. Two referred to distance learning with the principle of comprehensive in health care of the child: 'first was the theoretical content followed by the practice content'; 'we have to integrate'. It can be understood from the testimony that teaching is inserted in diverse fields of practice including primary care, hospital care, day care and home visits, thus allowing the students to take care of sick and healthy children at different levels of complexity and in different contexts, which also brings in more in line to the reality of the child and the family, and favors the incorporation of the principle of comprehensive. However, it was discovered that theoretical and practical training are fragmented, ad hoc, with virtually no integration between the various disciplines, thus jeopardizing the understanding of the overall approach in addressing the needs of the child, as relevant to comprehensive. The educators refer to the inclusion of practical exercises after the theoretical teaching, so that the students have experience and acquire skills as well. The idea that students must first master the theory before going on to the practical, revels that the practical field is being used to prove the theory and not as a challenge to its sources. Also the insertion point of the student into the field interferes with their articulation with the routine of services and the social context, compromising the incorporation of the integral training of nurses. **Conclusion:** The courses studied showed that the health education of the child incorporates the principle of comprehensive in the theoretical aspects related to the content. However, it can be stated that there is contradiction between what is proposed in the documents and what is effective teaching in the classroom. Thus, conclude that the pedagogical practice of teaching children's health, approaches and distances in the principle of comprehensive hinder its incorporation in training.

Key Words: Comprehensive Health Care; Child Health; Pediatric Nursing, Nursing; Higher Education.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS SEGUNDO OBJETO DE ESTUDO E PRÁTICA DA INTEGRALIDADE. PERÍODO 2000-2009. SÃO PAULO, 2012 29

QUADRO 2 – PERFIL DAS DOCENTES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO. SÃO PAULO, 2012..... 58

QUADRO 3 – CURSOS, DISCIPLINAS E CARGA HORÁRIA CONFORME PLANOS DE ENSINO. SÃO PAULO, 2012..... 60

QUADRO 4 – SÍNTESE DOS CONTEÚDOS CONFORME OS PLANOS DE ENSINO DAS DISCIPLINAS. SÃO PAULO, 2012..... 63

QUADRO 5 – CATEGORIAS EMPÍRICAS QUE APROXIMAM O ENSINO DA SAÚDE DA CRIANÇA COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE. SÃO PAULO, 2012..... 64

QUADRO 6 – CATEGORIAS EMPÍRICAS QUE EVIDENCIAM DISTANCIAMENTO DO ENSINO DA SAÚDE DA CRIANÇA COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE. SÃO PAULO, 2012. 72

FIGURA 1 – PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE SEGUNDO PAIM (2007) E ROCHA ET AL., (1997)..... 54

LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
CSC	Carteira de Saúde da Criança
DCENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Equipe de Saúde da Família
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciência da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PSF	Programa de Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SCIELO BRASIL	Scientific Electronic Library Online Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações em Favor da Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 A INTEGRALIDADE NO ENSINO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 19

1.2 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 24

1.3 A INTEGRALIDADE COMO DIMENSÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 27

2 QUESTÕES DE PESQUISA, OBJETIVOS E FINALIDADE 34

2.1 QUESTÕES DE PESQUISA 35

2.2 OBJETIVOS 35

2.2.1 Objetivo geral 35

2.2.2 Objetivos específicos 35

2.3 FINALIDADE 36

3 REFERENCIAL TEÓRICO 37

3.1 INTEGRALIDADE, ASSISTÊNCIA INTEGRAL E ATENÇÃO INTEGRADA 38

3.2 O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A INTEGRALIDADE 42

4 MÉTODO 49

4.1 TIPO DE PESQUISA 50

4.2 LOCAL DE ESTUDO E AMOSTRA 50

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA 51

4.4 COLETA DE DADOS 52

4.5 ANÁLISE DOS DADOS 53

4.6 ASPECTOS ÉTICOS 54

5 RESULTADOS 56

5.1 O PERFIL DAS DOCENTES 57

5.2 OS CURSOS DE GRADUAÇÃO ESTUDADOS E AS DISCIPLINAS DE SAÚDE DA CRIANÇA 59

5.3 A ORGANIZAÇÃO DO ENSINO DA SAÚDE DA CRIANÇA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA PERSPECTIVA DAS DOCENTES.....62

5.3.1 Categorias que evidenciam aproximação do ensino com o princípio da integralidade.....64

5.3.2 Categorias que evidenciam distanciamento do ensino com o princípio da integralidade.....71

6 DISCUSSÃO.....79

7 CONCLUSÕES.....107

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....111

APÊNDICES.....121

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema integralidade no ensino da saúde da criança surge de inquietações, observações e vivências que tiveram início na minha graduação, cursada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Inquietações estas que continuaram durante minha vida profissional como enfermeira/docente habilitada em saúde pública e especialista em educação em saúde pública.

Tudo começou no ensino prático de enfermagem pediátrica, ao cuidar de uma criança desnutrida. No preparo de sua alta comecei a pensar qual seria as condições de vida daquela criança e de sua família e seu contexto social. Entretanto, o modelo curricular centrado na doença e no hospital, no qual eu estava sendo formada, não atendeu as minhas inquietações. Decidi, a partir de então, que depois de formada, iria trabalhar na área de saúde coletiva, pois queria ficar mais próxima da realidade das crianças.

Ao longo de mais de três décadas nesta área, acumulei experiências cuidando da saúde das crianças através das mães e de suas famílias. Meu início foi como enfermeira assistencial e desde 1984 atuo como enfermeira-docente de uma universidade pública, atuando na área da saúde da criança, no ensino teórico, no ensino prático e no estágio supervisionado em unidade básica de saúde. Desse modo, a minha atuação profissional como enfermeira- docente sempre me aproximou dos serviços e das crianças e suas famílias.

Em minha vivência, a educação em saúde tem sido constante no cotidiano do cuidar. Observo que, na assistência à saúde da criança na atenção básica, as ações educativas se destacam na atuação do enfermeiro. Contudo, noto que, na maioria das vezes, as ações educativas referem-se à distribuição de materiais informativos, palestras e orientações individuais durante as consultas de enfermagem, quase sempre diante da queixa apresentada, com intervenções pontuais.

Percebo que as mães, ao cuidarem de seus filhos, possuem um saber popular, com base no senso comum e relacionado à sua história de vida e condições materiais de existência, mas, ao mesmo tempo, elas valorizam o saber científico e buscam conduzir a criação dos filhos de acordo com normas científicas que, muitas vezes, já foram incorporadas por elas.

Assim, considerar qual e como é a atenção prestada às crianças pelos pais ou responsáveis no cuidado diário e durante uma doença é fundamental para a prática do enfermeiro, da mesma forma que reconhecer como os profissionais e os serviços de saúde respondem às necessidades e demandas da população infantil, que, na maioria das vezes, vêm expressas junto às demandas para vacinar, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ou para a consulta de enfermagem.

Tal inquietação levou-me a aprofundar essa temática no Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública, a partir do desenvolvimento da pesquisa-ação “Educação em saúde na instituição: uma experiência participativa com mães em unidade de saúde de 1º nível”; e no mestrado, com a investigação “O cuidar da saúde da criança nas representações de mães: perspectivas para a enfermagem na educação em saúde.” Nesses dois estudos, a educação em saúde foi considerada como um instrumento essencial para se enfrentar os problemas de saúde da criança, entendendo que, para se atingir os objetivos desejados, é necessário difundir o conhecimento e estimular a ação, a fim de promover mudanças no comportamento de indivíduos e grupos. Os resultados desses estudos permitiram-me conhecer e reconhecer a singularidade, pluralidade e a diversidade do cotidiano vivido pelas mulheres ao cuidar de seus filhos, na maioria das vezes, determinadas pela fragilidade social.

O que marca predominantemente a atitude das mães no ato de cuidar da saúde de seus filhos é que as atitudes se expressam de diferentes formas na vida diária, pois as práticas em relação à saúde e situações de doença sempre estão ligadas à forma de viver, fortemente marcada pela vivência e pelas práticas sociais de seu grupo.

A experiência profissional e o desenvolvimento dos estudos citados levaram-me a ingressar no doutorado com questionamentos relativos à formação dos profissionais de saúde, em particular do enfermeiro, nos cursos de graduação. Entendo que o processo saúde-doença apresenta-se dinâmico e susceptível às situações que ocorrem em diferentes contextos de vida em sociedade. Nessa perspectiva, é preciso pensar que o ensino dê conta das diferentes necessidades biológicas, sociais e culturais apresentadas pela população infantil. Desse modo, percebo que atender à criança como um todo conduz à competência técnico-científica que deve considerar todas as fases de seu crescimento e desenvolvimento na promoção, proteção e recuperação de sua saúde, além de levar em consideração sua realidade concreta.

Desse modo, pergunto: será que estamos preparando o enfermeiro para, em sua prática profissional, olhar a criança além de sua doença, inserida em um determinado contexto familiar e social?

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a integralidade no ensino da atenção à saúde da criança.

Até a década de 60, os cuidados à saúde priorizavam o tratamento das doenças e as ações eram sustentadas por um modelo médico assistencial que privilegiava a prática médica curativa individual, assistencialista e especializada. Nessa mesma ótica, os programas de atenção à saúde infantil também se caracterizavam por ações e atividades marcadamente hospitalocêntricas (Rocha et al., 1998; Felisberto et al., 2000).

Com a Declaração de Alma Ata em 1978, propõe-se um novo modelo que se contrapôs ao então vigente. Introduziu-se a discussão sobre a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento sócio-econômico, e nesse contexto emerge a atenção primária à saúde em nível mundial (Felisberto et al., 2000). Apesar desse movimento, as práticas de atenção primária não conseguiram modificar a realidade, que continuou a evidenciar desigualdades em saúde na maior parte dos países em desenvolvimento. Esse fato levou governantes de várias nações a reverem as metas não atingidas da Declaração de Alma-Ata, na Reunião de Cúpula Mundial em Favor da Infância, realizada em Nova York em 1990 e na Conferência Internacional de Nutrição que aconteceu em Roma em 1992 (UNICEF, 1990). Mostrou-se assim, a necessidade do estabelecimento de prioridades concretas para a redução da morbidade e mortalidade infantil, em decorrência da desnutrição, doenças diarréicas, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis (Benguigui, 2005). Entendia-se, como imediata, a necessidade de se investir na melhoria do acesso das populações a medidas de prevenção e promoção da saúde e de uma melhor qualidade da atenção prestada pela rede de serviços de saúde (Felisberto et al., 2000).

Esse movimento internacional fortaleceu a discussão da promoção à saúde e reorganização dos serviços de saúde já em andamento no Brasil. A reforma do setor saúde, iniciada com as Ações Integradas de Saúde em 1983 alteraram significativamente as características do atendimento programático que vinha sendo prestado pelos serviços públicos de saúde desde 1975 (Rocha et al., 1998; Prado et al., 2002).

A reforma do setor saúde, iniciada com as Ações Integradas de Saúde acompanhada pelo movimento sanitário culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A Constituição Federal (Brasil, 1988), assim como as leis infraconstitucionais (Lei nº 8.080 e 8.142) deram concretude ao Sistema Único de Saúde (SUS), que incorporou os anseios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, consolidando o entendimento da saúde como direito social, universal, eqüitativo e integral (Brasil, 1990a, 1990b; Rocha et al., 1998).

Nos anos mais recentes, o modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde (MS) tem privilegiado a reorientação da organização dos serviços de atenção básica, buscando romper com a hegemonia do cuidado centrado na atenção hospitalar de cunho curativo (Trapé et al., 2009).

1.1 A INTEGRALIDADE NO ENSINO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

O processo de implantação do SUS no Brasil trouxe o desafio de redirecionar as práticas de Enfermagem e o ensino para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população brasileira. Desde a instauração da enfermagem moderna no Brasil, na década 1920, o ensino tem sido voltado ao modelo biologicista e a prática de enfermagem é prioritariamente centrada no espaço hospitalar, condizente com esse modelo (Bernardino et al.,2006).

Para Almeida (1997), a relação entre o exercício da enfermagem e as políticas de saúde atuais tem sido muitas vezes, tênue ou ausente do dia a

dia do ensinar, pesquisar e do fazer enfermagem tanto na teoria quanto na prática.

Segundo Bernardino et al.(2006), para atuar nesse novo cenário é preciso preparar profissionais que sejam sensíveis aos problemas da realidade e que incorporem em sua prática, intervenções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de forma indissociável, na perspectiva do cuidado integral à saúde individual e coletiva, valorizando a interdisciplinaridade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a crítica acerca do projeto pedagógico hegemônico na formação dos profissionais de saúde vem se acumulando há muitos anos em várias carreiras e impulsionou movimentos organizados de docentes e estudantes em busca de melhores caminhos e estratégias para sua inovação e transformação. Esse movimento resultou na aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde

As DCN reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior (IES) em formar profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) definem que o enfermeiro seja capaz de intervir sobre os problemas de saúde-doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais e seus determinantes (Brasil, 2001). Portanto, espera-se que o ensino de enfermagem nas universidades brasileira tenha como base as características demográficas e epidemiológicas, bem como os progressos científicos e tecnológicos na abordagem das necessidades de saúde da população (Ito et al., 2006).

Estudo de Costa e Miranda (2009) refletiu sobre os movimentos de mudança na graduação em enfermagem. Mostrou que as complexas demandas do SUS e a consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF) e seu aparato operacional vinculado à garantia da integralidade da

atenção, da humanização da assistência, da construção da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, representam a necessidade de rever a formação do profissional de saúde. De fato é urgente o rompimento dos projetos de formação das profissões de saúde e ações assistenciais com a abordagem médico-hegemônica que vem determinando a preparação dos profissionais e as práticas de saúde no âmbito dos serviços.

Pesquisa de Castro e Pereira (2011) que estudou as concepções de docentes sobre cuidado integral em saúde e como essas se refletem em suas práticas pedagógicas cotidianas, revelou o cuidado integral como aquele que ultrapassa as necessidades orgânicas do ser humano. Mostrou que o ensino deverá ser capaz de formar profissionais imbuídos de práticas cuidadoras em saúde, com respeito a singularidade e pluralidade dos processos de viver a vida.

Também, estudo de Santana (2007), ao analisar as concepções de integralidade do cuidado entre docentes de cursos de graduação em enfermagem apontou a integralidade como o resgate da dimensão total do ser humano, com seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Pesquisa de Rebouças (2007) sobre a integralidade na formação de enfermeiros evidenciou que nas práticas de ensino o pouco tempo, a alta demanda e a valorização da técnica interferem na qualidade do cuidado prestado ao usuário. Desse modo essa autora convida os docentes a rever as práticas pedagógicas utilizadas de maneira pontual, e desarticuladas do contexto social que dificulta a formação de sujeitos com capacidade crítica reflexiva para atuar nos espaços sociais, e para transformar a organização das práticas.

Castanho (2002) ouviu professores do ensino superior da área de Saúde sobre sua prática pedagógica cotidiana, visando pensar o atual ensino superior nessa área. Ao discutir sobre a temática, ‘técnicas de ensino’ apareceu a discussão sobre não integração entre o ensino básico e o profissionalizante. Também, alguns entrevistados, sinalizaram a formação

generalista para atender as novas DCN para os cursos de graduação em saúde.

Chiesa et al. (2007), em estudo para discutir a formação dos profissionais de saúde na perspectiva da implementação das DCN, com enfoque na promoção da saúde, mostraram que a formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde. Ainda segundo essas autoras, estudos têm evidenciado o distanciamento existente entre o ensino proposto pelas escolas e as necessidades de saúde da população.

No que se refere à atenção à saúde da criança, a Enfermagem Pediátrica, tem passado por várias transformações desde sua implantação como disciplina obrigatória nos currículos da enfermagem brasileira até nossos dias. A implantação desse conteúdo só ocorreu a partir do currículo aprovado em 1949, baseado no currículo norte-americano de 1937 (Pettengill et al., 2003). Apesar de algumas transformações, o ensino da Enfermagem Pediátrica é individualizado e fundamentado na patologia e nas técnicas, com ênfase na criança doente hospitalizada. Entretanto, também se dá atenção às necessidades emocionais e afetivas da criança (Rocha et al., 1997).

Para Rocha et al. (1997), apesar do ensino de graduação em enfermagem buscar a assistência integral à saúde da criança, esse conceito não é de consenso e o ensino da assistência integral é mal definido na teoria e na prática. Para as autoras, se o ensino encontra-se centralizado em procedimentos técnico-operacionais, como medicação, alimentação e cuidados de higiene, a assistência prestada por esses profissionais será fragmentada e, portanto, distanciada da integralidade da atenção.

No contexto da prática, embora as ações assistenciais à criança tenham uma filosofia de atenção integral, tal abordagem ainda está longe de ser alcançada, devido à fragilidade e fragmentação das ações

implementadas pelos profissionais na rede de serviços, como mostrou a revisão da literatura que será apresentada no item 1.3.

Entende-se que a formação do profissional, sob a ótica da integralidade, constitui um desafio, porém é imprescindível para a transformação das práticas e melhoria da saúde infantil.

Nesse âmbito, Ceccim e Feuerwerker (2004), ao se referirem à formação de profissionais para o SUS, tomam a integralidade como eixo para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação, uma vez que a integralidade

> implica uma compreensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004. p.1400).

A integralidade, enquanto dimensão das práticas de saúde, engloba a assistência prestada pelos atores envolvidos através da integração das ações de promoção, prevenção e recuperação, desenvolvidas de forma a intervir nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde. Inclui ainda eficácia na organização das ações e modelos de gestão dos serviços. Dessa forma, a integralidade passa a ser sustentada e defendida como valor das práticas dos profissionais de saúde que se expressa na forma como esses respondem às necessidades das pessoas atendidas (Mattos, 2004).

A integralidade, portanto, no ensino da graduação deve envolver, além do domínio técnico, a compreensão dos processos de organização dos serviços e a apreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, pois dependem das condições de vida (Ceccim, 2011).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), convive-se hoje com a necessidade de transformar os conceitos e as práticas que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreender e agir, tendo como base os princípios do SUS. Assim, o ensino deve

incorporar o princípio da integralidade na formação dos profissionais de saúde e, a integralidade deve compor tanto o ensino quanto o campo das práticas.

Se a integralidade da atenção é um princípio norteador da formulação de políticas de saúde e a formação para a área de saúde deve ser uma política do SUS, da mesma forma que Ceccim e Feuerwerker (2004), cabe perguntar sobre a integralidade da atenção à saúde e a formação dos profissionais de enfermagem. Esses autores sinalizam que a integralidade da atenção deve compor o campo das práticas, articulado a uma formação que possibilite essas práticas. No entanto, outros autores como Pinheiro e Luz (2007) apontam que é no campo das práticas que as transformações se fazem necessárias e, portanto não se trata de mudar o currículo ou a organização dos serviços, senão mudar as próprias práticas.

A enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado, e, portanto à saúde da criança em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade em todos os sentidos expressos pelos autores supracitados.

Desta forma, a concretização da integralidade da atenção à saúde da criança, no processo de formação do enfermeiro, objeto deste estudo, está diretamente ligada à necessidade de uma nova organização do ensino, embasado em um novo modelo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, na perspectiva de romper com a hegemonia do cuidado centrado na doença e na atenção hospitalar.

1.2 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A criança sempre foi prioridade nas políticas públicas de saúde e, historicamente, mesmo no modelo hegemônico e nos períodos de crise, os programas de atenção à criança tinham um caráter mais integral (Cabral e Aguiar 2003; Prado et al., 2007).

Para registrar as diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde da criança no Brasil dos últimos 25 anos, cabe aqui resgatar a historicidade das práticas de atenção à saúde da criança, que teve no Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) seu marco fundamental.

Em 1984, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Previdência Social, propôs a criação do PAISC, que tinha por objetivo responder ao desafio de enfrentar os condicionantes e determinantes da morbimortalidade infantil por meio de ações de promoção da saúde de forma integral, com melhoria da qualidade do atendimento prestado e aumento da cobertura dos serviços de saúde (Brasil, 1984).

Com enfoque na assistência integral à saúde da criança, e como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária, cinco ações básicas foram propostas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das doenças diarréicas; assistência das infecções respiratórias agudas (IRA); controle das doenças imunopreveníveis e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Essas ações visavam incrementar a capacidade resolutiva dos serviços na atenção à criança (Rocha et al., 1997; Prado et al., 2002).

Análise de Malveira e Souza (1998) destaca que as cinco ações preconizadas pelo PAISC buscavam a assistência integral à saúde da criança, porém a atenção se restringia às queixas e eram pontuais aos problemas apresentados. Também para Trapé et al. (2009), embora as ações do PAISC tenham sido criadas para promover a saúde da criança de forma integral, pouco contribuíram para a integralidade da atenção.

Apesar de alguns avanços observados na atenção à saúde da criança, a Reunião de Cúpula Mundial em Favor da Infância considerou imprescindível investir na melhoria do acesso das populações às medidas de prevenção e promoção e na qualidade da atenção prestada à saúde, com investimento na integração das ações e na intersetorialidade (UNICEF, 1990). Tendo como base essas premissas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das

Nações em Favor da Infância (UNICEF) formularam a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) (Benguigui,1997).

Destacam-se como objetivos de maior relevância da estratégia AIDPI, o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança, que muda o foco de atenção, até então dado à doença para uma atenção global da condição de saúde da criança; o fortalecimento da atenção básica na resolução dos problemas de saúde mais freqüentes que afetam a saúde da criança; e a maior equidade no acesso à atenção adequada à saúde, com disponibilidade de tecnologias apropriadas à avaliação e classificação das doenças mais prevalentes na infância (Benguigui, 1997; Grisi et al., 2001; Felisberto et al., 2000).

O novo enfoque de abordagem da criança no primeiro nível de assistência propõe “olhar” a criança como um todo em vez de se dirigir somente para uma parte do problema; avaliar de forma sistemática as principais doenças prevalentes na infância; introduzir aspectos de promoção e prevenção na rotina dos serviços, integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde; e expandir a atenção ao nível comunitário (Benguigui, 2001).

A estratégia AIDPI introduziu o conceito de integralidade das ações, incorporando as ações do PAISC já existentes (aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; controle das doenças preveníveis por imunização; assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA); assistência e controle das doenças diarréicas) e também ao reconhecer que as crianças saudáveis ou doentes devem ser consideradas dentro do contexto social no qual se inserem (Felisberto et al., 2000; Vidal et al., 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil com o objetivo de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade infantil. Com essa proposta assumiu o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança. Destacam-se como linhas de cuidado a

serem priorizadas, a promoção do nascimento saudável; o acompanhamento do recém-nascido de risco; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; e a abordagem das doenças prevalentes, com destaque às respiratórias e infecciosas. Essa agenda determina que as linhas de cuidado pressupõem uma visão global das dimensões da vida, com respostas globais que envolvem trabalho em equipe. O foco de atenção deve incluir toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola. Assim, a criança se beneficiará de um cuidado integral que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (Brasil, 2004).

Desse modo, historicamente, a integralidade do cuidado tem sido considerada na Atenção à Saúde da Criança, embora a partir de diferentes termos e definições, tais como assistência integral, atenção integrada, saúde integral.

1.3 A INTEGRALIDADE COMO DIMENSÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Segundo Trapé et al. (2009) na busca da integralidade do cuidado em saúde o modelo de atenção proposto pelo MS tem privilegiado a reorientação da organização dos serviços de atenção básica, buscando romper com a hegemonia do cuidado centrado na atenção hospitalar de cunho curativo

Com o objetivo de analisar a prática da integralidade nos estudos que abordam a saúde da criança na atenção básica e fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção prestada à criança na perspectiva da integralidade e para o aperfeiçoamento do ensino da atenção à saúde da criança na formação dos profissionais de saúde, procedeu-se a uma revisão da literatura.

Foi realizada busca em periódicos indexados nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciência da Saúde) e Scielo Brasil (Scientific Electronic Library Online Brasil.) Os critérios para seleção da amostra foram, ser estudo nacional que apresentasse texto completo veiculado eletronicamente e abordasse o tema saúde da criança na atenção básica. O levantamento referiu-se ao período de 1984 a 2009, justificado pela implantação do PAISC em 1984, e foi realizada entre os meses de dezembro de 2008 a maio de 2009.

Nas bases de dados Lilacs a busca foi realizada utilizando-se o formulário avançado e o descritor assistência integral à saúde da criança. Foram localizados 98 artigos e dessas publicações apenas cinco atendiam aos critérios de seleção. Na biblioteca eletrônica Scielo, utilizaram-se as palavras assistência integral à saúde da criança e encontraram-se sete publicações, das quais duas atendiam aos critérios de seleção. Seguindo os mesmos passos, digitou-se a palavra integralidade e foram localizadas 134 publicações, das quais cinco corresponderam aos critérios definidos, porém uma já havia sido selecionada, de forma que apenas quatro compuseram a amostra. A seguir digitou-se as palavras saúde integral da criança, quando se selecionaram três das 19 publicações localizadas. Assim, a amostra final foi composta por 14 artigos.

O Quadro 1 apresenta os 14 artigos analisados, segundo descrição do objeto de estudo e prática da integralidade analisada, considerando-se a adoção das ações propostas no PAISC, na estratégia AIDPI e na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

Quadro 1 – Descrição dos artigos analisados segundo objeto de estudo e prática da integralidade. Período 2000-2009. São Paulo, 2012

Autores/ Ano de publicação	Objeto de estudo	Prática da integralidade
Santos et al.,2000	Avaliação da assistência integral à saúde da mulher e da criança	Mais de 90% haviam comparecido à consulta pediátrica nos três meses anteriores e quase todas possuíam o cartão da criança, mas 30% não tinha registro de peso e 7% estava com calendário de vacinação atrasado.
Monteiro et al.,2000	Evolução da assistência materno-infantil	Houve aumento do número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida e universalização da cobertura das vacinas BCG, tríplice e anti-sarampo, mas não houve expansão da puericultura após o primeiro ano de vida.
Vidal et al.,2003	Aplicação da estratégia AIDPI por Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Os ACS se mostraram aptos a seguir os passos da estratégia na identificação dos sinais de perigo e de alerta. Mostra a possibilidade de ações de promoção e de prevenção que difundidas na comunidade contribuem para modificar atitudes e práticas de pais e responsáveis. O baixo nível de instrução formal dos ACS aponta que eles devem receber instruções adicionais a partir da educação continuada que nem sempre acontece.
Figueiredo e Mello,2003	Ações de enfermagem no acompanhamento do crescimento/desenvolvimento de menores de 5 anos em Unidades Básicas de Saúde	Ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como imunização, aleitamento materno, orientações alimentares dentre outras permeiam a assistência de enfermagem, mas constataram inadequação do espaço físico, diálogos fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos que comprometem a comunicação.
Lima e Mello,2004	A assistência de enfermagem a crianças menores de um ano em Unidade Básica de Saúde (UBS)	Apesar do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de um ano de idade ser realizado pela enfermagem nos setores de vacinação, pré e pós-consulta e pronto atendimento, os atendimentos eram rápidos fragmentados, com ausência de aspectos sobre o seguimento da criança e sobre educação em saúde.
Samico et al.,2005	Análise do grau de implantação da atenção à saúde da criança e da satisfação dos profissionais e usuários	Avaliou grau de implantação da atenção à saúde da criança em unidade com Programa de Saúde da Família (PSF) que contava com profissionais capacitados na estratégia AIDPI e unidade tradicional, cujos profissionais não tinham esse treinamento. Constatou-se melhor satisfação profissional e dos usuários nas unidades com ESF, porém independente do modelo assistencial havia problemas de acesso e de referência e contra-referência.
Vieira et al., 2005	Uso do Cartão da Criança (CC) como instrumento para promover a vigilância à saúde integral da criança	Quase a totalidade das crianças possuía o CC. O índice de preenchimento do CC em relação ao acompanhamento do crescimento, era satisfatório, porém a maioria não o utilizava de maneira adequada em relação ao acompanhamento do desenvolvimento.

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

Autores/ Ano de publicação	Objeto de estudo	Prática da integralidade
Mello e Andrade, 2006	Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil	Reflexão sobre a atenção materno-infantil e a enfermagem em saúde da família, embasada na literatura e na experiência das autoras apontou que a atuação do enfermeiro na ESF era permeada por uma prática que buscava a mudança do modelo assistencial. Constatou que a abordagem familiar, visita domiciliar, trabalho em equipe e intersetorialidade eram formas de compreensão e de intervenção para uma prática mais integrada.
Pina et al.,2006	Utilização de um instrumento de entrevista e observação da criança e família em visitas domiciliares e consultas de enfermagem	A utilização do instrumento evidenciou potencialidades para a sistematização da assistência de enfermagem e para a organização de informações e de melhores intervenções em saúde.
Prado e Fujimori, 2006	Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade	Análise do registro em prontuário como indicador da prática da integralidade em unidades de saúde com modelos assistenciais distintos. Evidenciou que na unidade com ESF, os recursos humanos e a dinâmica do trabalho em equipe favoreciam a prática de ações com caráter mais completo do cuidado.
Prado et al., 2007	Prática da integralidade na assistência prestada à criança em modelos assistenciais distintos	Garantia de acesso e resolução de problemas nos diversos níveis de atenção foi adotada como conceito de integralidade. A análise revelou que o sistema de referência e contra-referência e o acesso a medicamentos eram mais articulados na unidade com ESF.
Carvalho et al., 2008	Acompanhamento do crescimento de crianças menores de um ano em Unidades de Saúde	Falta de balanças, cartão da criança e treinamento de profissionais contribuiu para a não realização das atividades mínimas para o acompanhamento do crescimento e mostrou a necessidade dos gestores priorizarem essa ação junto às políticas de saúde.
Silva et al.,2009	Percepção dos integrantes da ESF de sua atuação na saúde da criança, em relação às linhas de cuidados propostas pela Agenda de Compromissos.	As quatro linhas de cuidado prioritárias da Agenda foram avaliadas nas unidades do PSF. Evidenciou que os médicos estavam mais envolvidos no atendimento à doença, enquanto as ações de promoção e prevenção eram exercidas pelos enfermeiros.
Alves et al.,2009	Qualidade do preenchimento da Carteira de Saúde da Criança (CSC) e os fatores associados	Constatou precária utilização da CSC, que reforça a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e organização dos serviços para que a CSC cumpra seu papel na promoção da saúde infantil.

Como referido, historicamente o grupo materno-infantil tem constituído prioridade nas políticas públicas, e desde a década de 80, a atenção à saúde infantil se organiza de acordo com as linhas de cuidado definidas no PAISC e mais recentemente na estratégia AIDPI e em Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Entretanto, a análise dos estudos mostrou que ainda há

necessidade de se buscar maior coordenação e integração das atividades que visam a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção mais qualificada para se garantir a integralidade da assistência prestada.

O PAISC e seu elenco de ações básicas já ressaltavam o aspecto da atenção integral ao deslocar o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade que contemplava a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Tais ações deviam se constituir no eixo nucleador da assistência a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde, com vistas a incrementar a resolutividade dos serviços de saúde e responder ao desafio de enfrentar os determinantes da morbimortalidade infantil no país (Brasil, 1984).

Três estudos mostraram, no entanto, que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não era realizado em todas as crianças. Esse resultado indica prejuízo na integralidade da atenção, pois compromete a avaliação integral da saúde da criança, impossibilitando intervir precocemente com ações de promoção e prevenção (Santos et al.,2000. Silva et al., 2009; Carvalho et al., 2008).

Ao analisar e comparar os cuidados primários prestados à população infantil e contribuir para a avaliação da assistência integral a esse grupo, um dos estudos, além da falha no monitoramento do crescimento infantil, constatou atraso no calendário básico de vacinação, que compromete a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Santos et al., 2000).

Quatro estudos apontaram precária utilização da Carteira de Saúde da Criança (CSC) (Alves et al., 2009; Carvalho et al., 2008; Vieira et al., 2005; Santos et al., 2000), fato que reforça a necessidade de se investir na formação e capacitação dos profissionais e organização dos serviços, pois a CSC é um instrumento imprescindível para o seguimento e continuidade do cuidado prestado à criança nos diversos níveis de atenção e, portanto, essencial para a garantia da integralidade.

Embora a estratégia AIDPI tenha introduzido o conceito de integralidade ao propor a incorporação das ações do PAISC, a integração

das ações curativas com medidas preventivas e de promoção à saúde da criança e o reconhecimento de que crianças saudáveis ou doentes devem ser consideradas no contexto social em que se inserem (Felisberto et al., 2000). Verificou -se que na maioria dos estudos, as ações preconizadas no PAISC e na estratégia AIDPI apenas permeavam a atuação dos profissionais, apresentando-se fragmentadas, com privilégio das práticas curativas e de baixa resolutividade, apesar dos esforços na busca da promoção da saúde e da integralidade.

Estudos que avaliaram, especificamente, atendimentos realizados pela enfermagem na atenção básica também constataram prejuízo na integralidade da atenção, ao observar diálogos rápidos e fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos que comprometiam a comunicação, além da ausência de aspectos sobre o seguimento da criança e sobre educação em saúde (Figueiredo e Mello, 2003; Lima e Mello, 2004).

Para avaliar o princípio da integralidade, considerado um dos aspectos fundamentais da qualidade da atenção, um dos estudos elegeu o registro em prontuário como indicador de sua expressão na prática. Verificou que em unidade com Equipe de Saúde da Família (ESF), os registros eram mais sistemáticos, o que favorecia melhor compreensão do processo saúde-doença, integração entre os profissionais e acompanhamento sistemático da criança, com promoção da continuidade da assistência (Prado e Fujimori, 2006).

Na prática da enfermagem em atenção básica, a elaboração e utilização de um instrumento para registro de dados sobre a criança e sua família evidenciou potencialidades para a sistematização da assistência e organização de informações, com melhores possibilidades de intervenção, que favoreceram a prática de ações com caráter mais completo do cuidado (Pina et al., 2006).

Embora a melhoria do sistema de referência e contra-referência tenha sido apontada em um estudo (Prado et al., 2007), vários outros (Monteiro et al., 2000; Samico et al., 2005; Mello e Andrade, 2006; Prado et al., 2007,

Silva et al., 2009) revelaram que a atenção básica, na maioria das vezes, só consegue ser porta de entrada para a unidade, e não para o SUS, o que demonstra isolamento organizacional e físico em relação à rede de referência e desloca para mais longe a tão sonhada integralidade da assistência à criança.

Os estudos analisados evidenciaram sub-utilização das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que se constituem no eixo integrador das atividades de atenção à criança desde o PAISC, além de fragilidade e fragmentação das práticas profissionais, o que mostra que a atenção integral à criança ainda está longe de ser alcançada. Ademais, as competências da unidade básica na rede hierarquizada de saúde ainda não se concretizam na prática cotidiana da gestão e da operacionalização do sistema de saúde no sentido de articulação da atenção primária aos demais níveis de atenção.

Considerando que a integralidade da atenção é um princípio norteador da política de saúde, entende-se que a formação em saúde deve incorporá-la. Assim, cabe perguntar se a formação dos profissionais contempla a integralidade da atenção à saúde da criança. A organização dos serviços de saúde, por sua vez, deve garantir a continuidade da assistência por meio da integração entre todos os níveis de atenção. Aponta-se, pois, a capacitação dos profissionais e a reorganização dos serviços como fundamentais para a abordagem da criança em sua totalidade.

2 Questões de pesquisa, objetivos e finalidade

2 QUESTÕES DE PESQUISA, OBJETIVOS E FINALIDADE

2.1 QUESTÕES DE PESQUISA

As questões centrais a responder ao longo da pesquisa foram:

- ✓ Será que os planos de ensino das disciplinas de saúde da criança são direcionados para formar enfermeiros que incorporem o princípio da integralidade na atenção?
- ✓ Como o ensino da atenção à saúde da criança tem sido organizado nos cursos de graduação em enfermagem para contemplar o princípio da integralidade, na perspectiva dos docentes?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo geral

- ✓ Analisar se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros.

2.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Analisar, sob a ótica da integralidade, os conteúdos das disciplinas de saúde da criança, propostos nos planos de ensino
- ✓ Analisar, na perspectiva de docentes, como se processa o ensino da saúde da criança em cursos de graduação em enfermagem para contemplar a integralidade.

2.3 FINALIDADE

Pretende-se que os resultados do estudo contribuam para:

- ✓ o aperfeiçoamento do ensino da atenção à saúde da criança na formação dos enfermeiros;
- ✓ incrementar a qualidade da atenção prestada à criança, na perspectiva da integralidade, contribuindo para a melhoria da saúde da população infantil.

3 Referencial teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 INTEGRALIDADE, ASSISTÊNCIA INTEGRAL E ATENÇÃO INTEGRADA

Inicia-se este item com os termos que têm sido utilizadas ao longo do tempo para o que hoje se denomina integralidade da atenção.

Como descrito na introdução deste estudo, a criança sempre foi prioridade nas políticas públicas de saúde e, historicamente, mesmo no modelo hegemônico e nos períodos de crise, os programas de atenção à criança tinham um caráter mais integral (Cabral e Aguiar 2003; Prado et al., 2007).

No contexto das políticas públicas, o termo inicialmente utilizado referia-se à Assistência Integral no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), na década de 80. A seguir, na década de 90, utilizou-se o termo Atenção Integrada, com a implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Na década seguinte, surgiu o termo Saúde Integral, com a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil lançado em 2004.

Com essas considerações, passa-se a seguir, à contextualização da integralidade da atenção, uma vez que segundo Mattos (2006), não é possível definir ou conceituar integralidade. Para o autor, mais do que um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), integralidade expressa uma bandeira de luta do movimento sanitário e funciona como “imagem-objetivo”, indicando características desejáveis do sistema de saúde e das práticas profissionais.

A integralidade, como um princípio norteador do SUS, encontra-se expressa na Constituição Brasileira como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988).

Na Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS, integralidade de assistência é:

> entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990a).

Assim, entende-se que o princípio da integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender a essas necessidades de forma integral. A integralidade está intimamente ligada à concepção de saúde e de doença, e aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas e, individuais e coletivas, em direção às ações que satisfaçam as necessidades relacionadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Portanto pensar a integralidade sob essa perspectiva é aceitar a necessária articulação entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica e de assistência do sistema de saúde.

Para Mattos (2006), a integralidade no contexto do SUS pode ser vista com vários sentidos, agrupados em três conjuntos. O primeiro conjunto de sentidos trata a integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde e consiste na atitude do profissional que deve reconhecer o sofrimento do paciente, para além de suas demandas explícitas, não o reduzindo ao aparelho ou sistema biológico, mas considerando suas necessidades ampliadas como cidadão. No segundo conjunto de sentidos, a integralidade refere-se à organização dos serviços de saúde e suas práticas e corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais e entre as ações de saúde coletiva e a atenção individual, com vistas à ‘horizontalização’ dos programas e superação da fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. O terceiro grande sentido da integralidade aplica-se às respostas

governamentais aos problemas de saúde, que no desenho de suas políticas assistenciais devem ter capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, respeitando suas diversidades e contemplando a articulação intra e intersetorial.

Cecílio e Mehry (2007) ressaltam que a atenção integral se daria pela busca de uma abordagem completa, holística e integral a cada pessoa portadora de uma necessidade de saúde. Assim a integralidade implicaria na garantia de aspectos que vão desde a utilização de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para o usuário.

Na opinião de Pinheiro e Luz (2007), a concretização de um sistema integral de saúde não passa pela aplicação exclusiva de saberes disciplinares, mas pela construção incessante de práticas eficazes. A ação integral é entendida como o 'entre-relações' de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições traduzidas em tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (Pinheiro e Guizard, 2004, p.21).

Para Paim (2007), a integralidade deve contemplar quatro perspectivas:

> a) integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) forma de atuação profissional abrangendo dimensões biológica, psicológica e social; c) garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (Paim 2007 p. 15).

De fato, segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a criança deve ser beneficiada com um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. O foco da atenção deve ser a criança em toda e qualquer oportunidade, seja na unidade de

saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. Entende como cuidado integral,

> a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, do locus próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia, água tratada, educação, etc.) (Brasil, 2004, p. 7).

De acordo com Rocha et al., (1997), assistência integral à saúde da criança e do adolescente não é um conceito de consenso. Assim, desde a década de 80, nas diretrizes políticas do sistema de saúde, significava integração entre os serviços de atenção primária e os de maior complexidade, sem quebra no atendimento. Na literatura de enfermagem, ora significa o indivíduo visto como uma integração bio-psíquico e social, ora é vista como humanização da assistência, porém ambos são abordados de forma teórica e abstrata, sem elementos para sua operacionalização. As autoras destacam que embora se procure ensinar a assistência integral ao aluno de graduação em enfermagem, seu conceito ainda se encontra mal definido na teoria e na prática, porém pode ser entendido como:

> olhar a criança em sua totalidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, que pertence a uma família, portanto, seus membros devem ser incluídos na assistência. Um ser, cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, isto é, pertence a um grupo social determinado, cujas condições de vida interferem no perfil epidemiológico do mesmo. Deve ser assistido por uma equipe multiprofissional, para apreensão de seus aspectos bio-psico-sociais. Pretende-se humanizar a assistência, criando-se vínculo entre mães, instituições que prestam assistência e comunidade. Há uma preocupação em apreender a criança, não mais centrando-se em seus aspectos orgânicos, mas em sua subjetividade e em sua inserção social (Rocha et al., 1997, p. 41).

Para a compreensão da integralidade no ensino da saúde da criança, adotou-se neste estudo, os referenciais apontados por Paim (2007) e Rocha et al., 1997). Desse modo, a integralidade, atenção/assistência/saúde/ cuidado integral deve estar articulada às políticas públicas, abranger desde ações de promoção ao nível mais complexo de assistência à saúde, assim

como a garantia de acesso e continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A atuação profissional, por sua vez, deve abranger as dimensões biológica, psicológica e social e a criança deve ser cuidada como um ser em crescimento e desenvolvimento que pertence a uma família, comunidade e sociedade, cujo processo saúde doença é determinado socialmente.

3.2 O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A INTEGRALIDADE

O ensino de enfermagem no país passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, tendo como reflexo de cada mudança o contexto histórico da enfermagem e da sociedade brasileira. Desse modo, as mudanças em nossa sociedade e nas políticas de saúde foram fatores determinantes para a construção do ensino de enfermagem e a formação de profissionais engajados na realidade. Assim, para pensar a integralidade no ensino de graduação em enfermagem, realizou-se uma retrospectiva dos currículos, desde o primeiro em 1923 até a Resolução CNE/CES 3/2001, que estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Enfermagem no Brasil

O ensino oficial sistematizado da Enfermagem Moderna no Brasil foi introduzido em 1923, pelo Decreto nº 16.300/23, mediante a organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, então dirigida por Carlos Chagas, hoje Escola Anna Nery (Germano, 1985). Esse ensino surgiu no contexto do modelo do sanitarismo campanhista, com a missão de formar profissionais para contribuir com a melhoria das condições higiênico-sanitárias, numa época em que várias epidemias assolavam o país e prejudicava a economia agro-exportadora cafeeira, sustentáculo sócio-político e econômico do país na época (Germano, 1985). Assim, esse currículo destacava as disciplinas de saúde pública, porém contraditoriamente observava-se certo direcionamento para a área

hospitalar, pois era exigido das alunas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (Germano, 1985; Santos, 2003).

Em 1949, nova legislação (Decreto nº 27.426/49) regulamentou o ensino de enfermagem no país. A partir de então, o reconhecimento das escolas passou a ser responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde (Germano,1985). Entretanto, não houve mudança significativa entre o currículo de 1923 e o de 1949. Ambos privilegiavam as disciplinas de saúde pública, embora o mercado de trabalho já apontasse para o campo hospitalar (Germano, 1985, 2003). A partir de 1950, com o incremento das indústrias voltadas para o complexo médico e o aumento dos laboratórios de medicamentos, além do crescimento da população previdenciária, as questões de saúde pública começaram a perder sua importância e a atenção médica individualizada passou a ser o foco da prestação de serviços, forçando uma mudança na formação do enfermeiro (Germano, 1985).

O currículo de enfermagem foi então reformulado pelo Parecer nº 271/62, que instituiu o currículo mínimo. Estabeleceu um curso geral e duas alternativas para especializações: enfermagem em saúde pública ou enfermagem obstétrica (Santos, 2003). Esse currículo mudou consideravelmente, pois foram excluídas as disciplinas das áreas de saúde pública e ciências sociais do tronco profissional. A saúde pública, antes enfatizada, cedeu lugar a um modelo curativo, que valorizava o ser humano doente, o desenvolvimento de técnicas e a dimensão administrativa. Esse currículo trouxe importantes conseqüências para o ensino prático: redução dos períodos de prática para 20 horas semanais, devido à redução da duração do curso de quatro para três anos; e permanência do professor no campo somente durante o período de prática, de forma que as escolas não eram mais responsáveis pela assistência, como no currículo anterior (Germano, 1985). Assim, os docentes passaram a concentrar suas atividades no ensino e se afastaram das atividades práticas, efetivando-se a separação ensino-serviço (Nascimento et al., 2003).

Com a Reforma Universitária, em 1968, o ensino de enfermagem foi novamente re-estruturado, pelo Parecer de nº 163/72, passando a compreender três partes: tronco pré-profissional, tronco profissional comum e três habilitações (enfermagem obstétrica, enfermagem médico-cirúrgica ou enfermagem de saúde pública). Esse currículo, vigente até 1994, reafirmou o currículo existente, mostrando a necessidade de o enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde em razão da evolução científica (Germano, 2003).

O final da década de 1970 e início da década de 1980 foi um período de transição com o advento da redemocratização do país, quando eclodiram diversos movimentos políticos e sociais que estreitaram a relação da saúde com as condições de vida e trabalho da população (Germano, 2003). Fatos ocorridos na metade da década de 80 e início dos anos 90 - realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988; aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) com criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - trouxeram à tona os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade como princípios norteadores das políticas de saúde (Ito et al., 2006).

Esses movimentos na saúde brasileira desafiaram e exigiram o repensar da prática profissional e da formação do profissional de saúde. Nesse contexto, o ensino da enfermagem viu-se diante de um novo desafio: formar profissionais aptos a atuar técnica, social e politicamente na construção do SUS, com vistas à consolidação da reforma sanitária (Germano, 2003, Bernardino et al., 2006). Dessa forma, o currículo vigente desde 1972 mostrou-se inadequado para atender as demandas de formação do enfermeiro. Nesse cenário de grandes transformações, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), através de sua Comissão de Educação, iniciou um processo de discussão com a participação de escolas, instituições de saúde, entidades de classe e outros para discutir os rumos do ensino e construir o novo Currículo Mínimo da Enfermagem (Ito, 2006). Assim, em 1994 uma nova proposta curricular foi estabelecida conforme Portaria nº

1721/94 do Ministério da Educação (MEC) (Brasil, 1994; Germano 2003; Santos 2003).

O Currículo Mínimo de 1994 previa a formação do enfermeiro em quatro áreas: Bases biológicas e sociais da enfermagem; Fundamentos de enfermagem; Assistência de enfermagem e Administração em enfermagem. Além de contemplar as atividades e conteúdos teóricos e práticos, tornou obrigatória a realização do estágio curricular supervisionado em no mínimo dois semestres letivos, em hospitais e rede básica de saúde (Santos, 2003). Previu também a re-inclusão da disciplina de saúde pública na organização curricular e aboliu as habilitações, que representavam grande estímulo à fragmentação e especialização do saber (Galleguillos e Oliveira 2001; Germano, 2003). Esse novo currículo teve como pressuposto a educação como possibilidade de transformação, centrada no desenvolvimento da consciência crítica, levando o enfermeiro à reflexão sobre a prática profissional e ao compromisso com a sociedade. Cabia às escolas e aos professores, a revisão e reflexão das práticas pedagógicas em busca da formação de tal profissional (Ito et al., 2006).

Percebe-se que o perfil do enfermeiro, proposto pela categoria, já direcionava a assistência de enfermagem a uma atenção integral.

Nos anos seguintes, os cursos iniciaram a reestruturação de seus currículos plenos, porém o Currículo Mínimo de 1994 não conseguiu combater as distorções que o originaram e a enfermagem continuou a discutir os rumos do seu ensino, considerando que estava sendo construída uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Faustino et al., 2003).

Em 1996, a regulamentação da LDB atribuiu ao Ministério da Educação, a competência de fixar os currículos dos seus cursos e programas através das Comissões de Especialistas do Ensino de Graduação. Houve inovações e mudanças na educação nacional, pois foram abolidos os currículos mínimos dos cursos que tinham forte tom prescritivo e ficou estabelecido que fossem estruturadas as diretrizes curriculares para

reger o ensino de cada curso (Brasil, 1996b; Costa e Germano, 2007; Faustino et al., 2003).

As DCN dos cursos da área da saúde buscaram direcionar a formação do profissional de saúde de forma a contemplar “o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (Ceccim e Carvalho, 2006, p. 77) a partir de um currículo flexível, que respeitasse a diversidade e ao mesmo tempo assegurasse a qualidade de formação, de modo a permitir uma aproximação entre o projeto pedagógico de formação, a realidade social e as necessidades de saúde mais imediatas da população brasileira. Tudo isso, somado aos princípios do SUS, previstos constitucionalmente na forma de universalização do acesso e do atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas e curativas, produziu uma significativa mudança no campo das práticas na área da saúde (Ceccim e Carvalho, 2006).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) foram aprovadas em 2001 (Resolução CNE/CES Nº 03 de 7/11/2001) e se constituem num instrumento que deve orientar o processo de construção de projetos pedagógicos, trazendo como parâmetros: um eixo norteador de conteúdos mínimos para a formação do enfermeiro; flexibilidade; formação integral; incorporação de atividades complementares em relação ao eixo fundamental ao processo de formação; interdisciplinaridade; predominância de formação sobre a informação; articulação entre teoria e prática; indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (Brasil, 2001; Fernandes et al., 2003).

As DCENF assumem como base filosófica, os quatro pilares da educação para o século 21, **o aprender a conhecer**, que envolve o aprender a pensar a realidade, a pensar o novo, a reinventar o pensar e relaciona-se ao prazer da descoberta, da busca da compreensão, da construção e reconstrução do conhecimento. O aprender a conhecer supõe, antes de tudo aprender a aprender, exercitando a atenção, a memória e o pensamento. O **aprender a fazer** compreende os aspectos técnicos da

formação, oferece oportunidades de desenvolvimento de competências amplas para enfrentar o mundo do trabalho e relaciona-se à competência pessoal que possibilita ao profissional trabalhar coletivamente, adquirir qualidades para as relações interpessoais no trabalho, em detrimento da pura qualificação profissional. **O aprender a viver junto** oferece possibilidades para a compreensão do outro, para a busca do esforço comum e para a participação em projetos de cooperação com o outro. **O aprender a ser** integra os três pilares: cria condições para o desenvolvimento integral da pessoa com inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, criatividade, iniciativa e rigor científico (Delors, 1996; Fernandes et al., 2005).

Ainda como parte desta retrospectiva histórica, descreve-se, a seguir a inserção do ensino da saúde da criança no contexto dos currículos de enfermagem.

No Brasil, o conteúdo de enfermagem pediátrica foi incluído somente no currículo de 1949, e desde o início, o ensino foi fundamentado na patologia e nas técnicas de enfermagem para atender à criança doente hospitalizada. Nesse currículo, as matérias eram distribuídas em três séries e o conteúdo de enfermagem pediátrica inseria-se na terceira série como enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo a dietética infantil e a puericultura neonatal, que aparecia junto à clínica obstétrica (Pettengill et al., 2003).

No currículo mínimo de 1962, que estabeleceu um curso geral e duas alternativas para especialização, o ensino da saúde da criança aparecia como disciplina de enfermagem pediátrica no curso geral. No currículo de 1972, a disciplina de saúde da criança passou a incorporar o tronco profissional comum, junto à enfermagem materno-infantil (Santos, 2003).

No currículo de 1994, em que as disciplinas passaram a ser a organizadas em quatro áreas temáticas e foram definidos percentuais para cada área, os conteúdos teóricos e práticos do ensino de saúde da criança

passaram a ser contemplados na área que compunha a assistência de enfermagem individual e coletiva voltada à criança, adolescente e adulto, em situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e saúde coletiva, que compreendia 35% da carga horária total do curso (Santos, 2003).

Com as novas DCN dos Cursos de Graduação em Enfermagem, o ensino da saúde da criança insere-se na área das ciências de enfermagem, que se refere aos conteúdos teóricos e práticos que compõe a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança ao adolescente, ao adulto, a mulher e ao idoso (Brasil, 2001).

Observou-se que para tornar o currículo do curso de Graduação em Enfermagem consoante às novas diretrizes curriculares, várias discussões e alterações nas antigas grades curriculares foram necessárias, uma vez que, o paradigma biomédico influenciou significativamente o modelo pedagógico do ensino de enfermagem no Brasil, como mostrou a retrospectiva histórica ora delineada.

Na atualidade, as políticas de educação e saúde vigentes tentam estimular a formação com eixo na integralidade para substituir o modelo tradicional da organização da atenção à saúde.

Assim, o grande desafio, hoje, na formação dos enfermeiros é desenvolver nos alunos as competências necessárias para que se formem enfermeiros com o perfil desejado conforme definido pelas DCENF em seu artigo 3º: do inciso I:

> I - 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-psicosociais 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. 1).

4 Método

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Investigação de natureza descritiva-exploratória que utilizou abordagem da pesquisa qualitativa.

O estudo descritivo busca apresentar com exatidão os fenômenos de determinado problema, enquanto a pesquisa exploratória aprofunda o conhecimento em torno desse problema (Triviños, 2007).

A abordagem qualitativa permitiu olhar o objeto deste estudo com fundamento que exige incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais (Minayo, 2000). Acredita-se que o processo de formação do enfermeiro, a partir das características do ensino de saúde da criança, pode embasar-se por uma prática integral de atenção à saúde, marcada pelo compromisso e responsabilização pela saúde da criança e de sua família e desenvolvimento da autonomia destas, elementos essenciais ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da integralidade da atenção

4.2 LOCAL DE ESTUDO E AMOSTRA

A amostra foi intencional e desenvolvida em oito instituições públicas da região Sudeste e Nordeste, que oferecem o curso de graduação em enfermagem. A escolha por escolas públicas, justifica-se pela antiguidade, vanguardismo e pelo respeito aos princípios de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. As escolas selecionadas foram as mais tradicionais e com produção acadêmico-científica de destaque.

Na região Sudeste foram selecionadas instituições de ensino dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, região que concentra o maior número de cursos de graduação em enfermagem do país. Foi convidada a participar do estudo, uma instituição de ensino superior federal e outra de

nível estadual em cada um dos estados. Procedeu-se da mesma forma na região Nordeste, onde foram selecionadas as escolas mais antigas e com características de produção acadêmico-científica de destaque na região. Na escolha dos estados considerou-se também a facilidade de acesso para a coleta dos dados, por ser a pesquisadora egressa de um dos cursos selecionados e também natural de um dos estados. Assim, foram convidadas a participar do estudo, instituições de ensino superior da Bahia e de Pernambuco, sendo uma de administração federal e outra de administração estadual em cada um dos estados.

No total foram estudadas oito instituições de ensino, duas por estado e quatro por região. Para garantir o anonimato, os cursos e as entrevistadas foram identificados da seguinte forma:

- Cursos foram identificados com a letra **C,** seguida do número correspondente à ordem seqüencial de realização da entrevista no curso.
- Entrevistadas foram identificadas com a letra **E,** seguida do número correspondente à ordem seqüencial de realização das entrevistas. Exemplo: C1E1, C1E2, ... C8E15, C8E16.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram deste estudo 16 docentes indicadas pela direção da instituição. Solicitou-se à direção, a indicação de docentes que compusessem o quadro permanente da instituição e que estivessem envolvidas ou já tivessem participado do ensino da saúde da criança na atenção básica e/ou na atenção hospitalar.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio de análise dos planos de ensino e entrevistas realizadas com docentes responsáveis pelo ensino de saúde da criança.

Para melhor compreensão do objeto de estudo, inicialmente foram consultados os planos pedagógicos para coletar informações sobre a estruturação e distribuição das disciplinas de saúde da criança na grade curricular.

A seguir, todos os planos de ensino que incluíam saúde da criança no título foram analisados, à exceção de três disciplinas que não incluíam explicitamente denominação relativa à saúde infantil no título. Dos planos de ensino foram coletadas informações referentes aos conteúdos ministrados.

Nas escolas da região Sudeste, os dados documentais encontravam-se disponíveis nos sites das instituições, sendo de domínio público. Apesar disso, a carta de solicitação de autorização das instituições incluiu anuência para a realização da análise dos planos de ensino. Nas instituições da região Nordeste, em que os planos de ensino não se encontravam disponíveis no site, os mesmos foram solicitados por contato telefônico e por meio da carta de solicitação de autorização.

As entrevistas foram agendadas e realizadas nas instituições de ensino de origem das docentes. Para as entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se um roteiro que possuía duas partes: a primeira de caracterização dos sujeitos da pesquisa e a segunda com questões norteadoras acerca do tema central da pesquisa (Apêndice 1).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os planos pedagógicos foram analisados em relação à organização das disciplinas e vínculo à legislação curricular vigente e duração do curso. Os planos de ensino que incluíam os termos criança, infantil, pediatria, neonatologia foram analisadas em relação aos conteúdos, entendido como "temas e assuntos que são estudados na disciplina, com vistas ao alcance dos objetivos pretendidos" (Gil, 2011, p.102).

As entrevistas transcritas foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, que considera tema como "unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (Bardin, 2000, p. 105).

As fases seguidas para a análise temática foram: a) leituras repetidas das transcrições, buscando apreender as idéias centrais de forma compreensiva; b) identificação dos temas presentes nas falas e agrupamento dos temas segundo sua relação com a categoria de análise pré-definidas; c) identificação dos núcleos de sentidos relacionados a cada uma das categorias. Buscou-se extrair as frases temáticas, não apenas "para a simples frequência de aparição dos elementos no texto, mas para as relações que os elementos do texto mantinham entre si" (Bardin, 2000 p. 191).

As categorias analíticas tiveram suporte no referencial teórico da integralidade. Construiu-se um esquema articulado (Figura 1) que integra as dimensões do princípio da integralidade, proposta por Paim (2007) e Rocha et al., (1997) adaptado à realidade deste estudo, o qual serviu de base para a análise dos resultados.

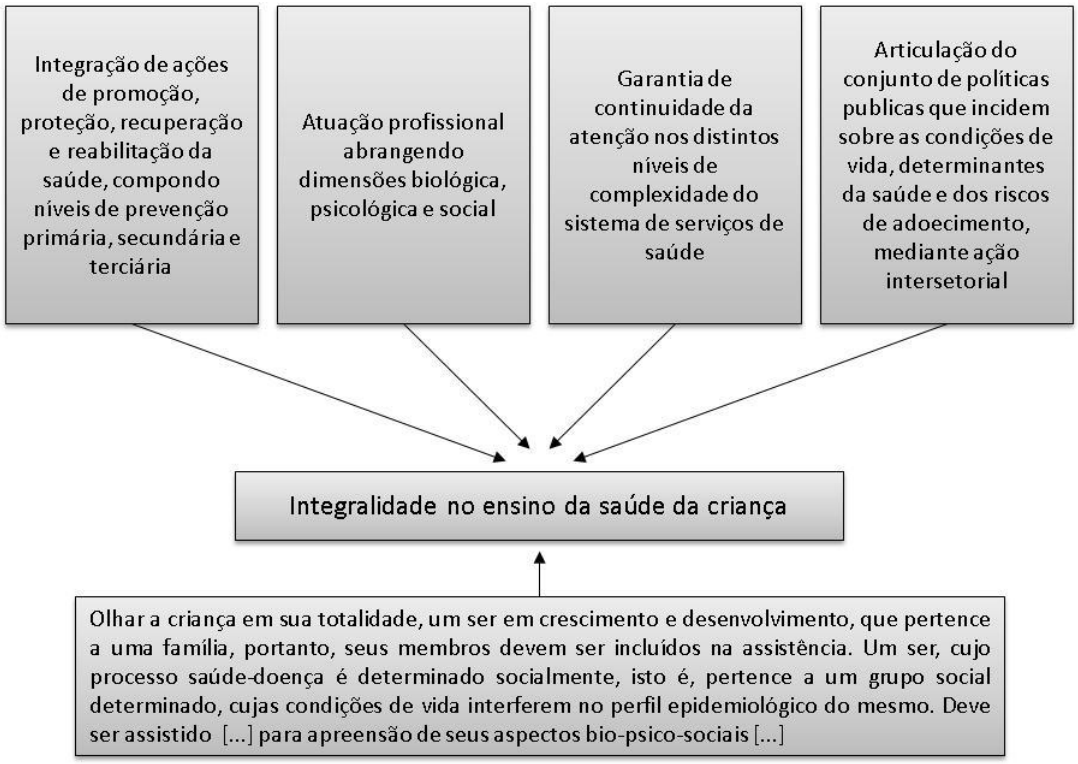

Figura 1 – Princípio da integralidade segundo Paim (2007) e Rocha et al., (1997)

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e diretrizes da pesquisa envolvendo os seres humanos (Brasil, 1996a). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (protocolo nº 892/2010) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ (protocolo nº 087/2010).

Os contatos para obter autorização das instituições para realizar as entrevistas com as docentes responsáveis pelo ensino de saúde da criança foram realizados no primeiro semestre de 2010. Para tanto, encaminhou-se uma carta aos responsáveis pelas instituições (Apêndice 2). Na região Sudeste, a pesquisadora entregou a carta pessoalmente. Nas instituições da

região Nordeste, encaminhou-se a carta de solicitação de autorização aos responsáveis por e-mail. Somente após autorização formal das instituições, as docentes foram contatadas por e-mail ou telefone para agendar as entrevistas, as quais foram realizadas entre os meses de agosto de 2010 e março de 2011.

Cada docente entrevistada assinou, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) que continha os objetivos da pesquisa, informações sobre gravação da entrevista, divulgação dos dados em publicações científicas, garantia de sigilo e anonimato, além da total liberdade para desistência a qualquer momento, sem prejuízos. Mediante autorização as entrevistas, foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

5 Resultados

5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise dos planos de ensino e das entrevistas realizadas com 16 docentes das disciplinas de saúde da criança dos oito cursos de graduação estudados.

A primeira parte apresenta o perfil das docentes em relação à idade, tempo de graduação, tempo de vínculo com a instituição de ensino, tempo que leciona a disciplina de saúde da criança e sua formação *lato* e *stricto sensu* (Quadro 2).

A segunda parte caracteriza os cursos de graduação e as disciplinas com informações sobre, legislação curricular vigente, estruturação e distribuição das disciplinas de saúde da criança na grade curricular (Quadro 3).

Na terceira parte são apresentadas as categorias empíricas construídas a partir da análise dos conteúdos dos planos de ensino e das entrevistas com as docentes (Quadros 4, 5 e 6).

5.1 O PERFIL DAS DOCENTES

Todas eram do sexo feminino, com idade que variou de 33 a 57 anos e média de 47,2 anos. O Quadro 2 mostra que a maioria tinha mais de 20 anos de graduação em enfermagem e pelo menos 10 anos de vínculo com a instituição de ensino. Cinco ministravam disciplinas relativas à saúde da criança há mais de 20 anos e oito entre 10 e 20 anos. Todas as docentes possuíam pelo menos uma especialização e três tinham habilitação. A maioria das docentes fez pós-graduação *latu sensu* em saúde da criança ou áreas afins – cinco possuíam especialização em Enfermagem Pediátrica, três em Enfermagem Materno-Infantil, uma em Neonatologia e uma em Atenção à Criança Vítima de Violência. Em relação à pós-graduação *stricto sensu,* 11 docentes eram doutores, sendo que duas tinham pós-doutorado.

Quadro 2 – Perfil das docentes que participaram do estudo. São Paulo, 2012

Cursos	Docente	Idade	Tempo de graduação	Tempo de vínculo com a instituição	Tempo que ministra saúde da criança	Habilitação	Especialização	Pós- graduação
C1	1	57	37	18	32	Saúde pública	Administração hospitalar	Doutorado
C1	2	33	12	3	3	-	Pediatria	Doutorado
C2	3	54	31	15	15	Saúde pública	Administração hospitalar	Pós-Dr
C2	4	54	29	21	12	-	Saúde pública	Mestrado
C3	5	57	31	30	30	-	Enfermagem médico-cirúrgica	Mestrado
C4	6	53	29	12	27	-	Educação em saúde	Mestrado
C5	7	38	15	3	3	-	Pediatria	Mestrado
C5	8	42	20	10	10	-	Enfermagem do trabalho Materno-Infantil	Mestrado
C6	9	40	19	7	4	-	Saúde pública	Doutorado
C6	10	47	26	22	22	-	Materno-Infantil	Doutorado
C6	11	52	29	13	17	-	Saúde pública	Pós-Dr
C7	12	49	23	22	22	-	-	Doutorado
C7	13	42	19	15	15	-	Pediatria Materno-Infantil	Doutorado
C7	14	44	20	10	10	Médico-cirúrgica	Enfermagem intensivista	Doutorado
C8	15	47	18	14	14	-	Pediatria Atenção à criança vítima de violência	Doutorado
C8	16	46	21	17	17	-	Pediatria Neonatologia	Doutorado

5.2 OS CURSOS DE GRADUAÇÃO ESTUDADOS E AS DISCIPLINAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

Todos os cursos de graduação estudados eram de tempo integral e desenvolvidos ao longo de oito a nove semestres letivos.

O Quadro 3 apresenta a legislação curricular a que os cursos de graduação se vinculavam; as disciplinas de saúde da criança obtidas pelo título e/ou conteúdo referente à saúde da criança que constavam nos planos de ensino; os semestres em que eram ministradas e suas respectivas cargas horárias teóricas e práticas. Destaca-se que algumas disciplinas que incluíam conteúdo de neonatologia não constam no quadro, uma vez que tratavam basicamente da saúde da mulher.

A maioria dos cursos (C2, C4, C5, C6, C7) ainda desenvolvia o ensino da criança sob a égide do currículo mínimo (Parecer CFE nº 314/94, Portaria nº 1.721/94), embora três desses cursos (C2, C5, C6) já tivessem implantado o currículo novo, as disciplinas de saúde da criança ainda não tinham sido oferecidas e nos outros dois (C4, C7), o Projeto Político Pedagógico (PPP) ainda se encontrava em fase de discussão para atender as DCN.

Apesar de três cursos (C1, C3, C8) já organizarem as disciplinas segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3/2001), um deles (C3) organizava as disciplinas em torno de uma matriz disciplinar e não em áreas temáticas como recomendam as DCENF.

Em relação às disciplinas, três cursos (C1, C3, C8) ministravam a saúde da criança em duas disciplinas, uma que contemplava o ensino da saúde da criança na atenção básica e outra na atenção hospitalar, em semestres distintos. Em outros três cursos (C2, C4 e C5), o ensino da saúde da criança era ministrado em uma única disciplina que contemplava o ensino na atenção básica e no âmbito hospitalar.

Quadro 3 – Cursos, disciplinas e carga horária conforme planos de ensino. São Paulo, 2012

CURSO	LEGISLAÇÃO CURRICULAR	DISCIPLINAS	SEMESTRE	CARGA HORÁRIA		
				Teórica	Prática	Total
C 1	Resolução CNE/CES nº 3/2001 – DCN	1. Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente I.	4º	52	80	132
		2. Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente II.	6º	50	90	140
		3. Enfermagem Neo Natal.	6º	51	90	141
C 2	Parecer CFE nº 3154 e Portaria nº1721/94	1. Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.	6º	68	136	204
C 3	Resolução CNE/CES nº 3/2001 – DCN	1. Enfermagem na Saúde da Mulher Criança e Adolescente I.	4º	60	120	180
		2. Enfermagem na Saúde da Mulher Criança e Adolescente II.	5º	60	120	180
C 4	Parecer CFE nº 3154 e Portaria nº1721/94	1. Enfermagem em Materno-Infantil.	6º	30	120	150
C 5	Parecer CFE nº 3154 e Portaria nº1721/94	1. Enfermagem em Pediatria.	7º	30	30	60
		2. Enfermagem em Neonatologia.	7º	30	30	60
C 6	Parecer CFE nº 3154 e Portaria nº1721/94	1. Enfermagem em Saúde Coletiva e a Saúde da Criança e do Adolescente.	5º	40	20	60
		2. Enfermagem na Saúde da Criança.	5º	53	52	105
		3. Enfermagem no Cuidado da Criança e da Família na Experiência de Doença.	5º	30	60	90
C 7	Parecer CFE nº 3154 e Portaria nº1721/94	1. A Criança a Escola e Eu (PCI I).	1º	90	90	180
		2. Cuidado de enfermagem a família expectante (PCI V).	4º	60	90	150
		3. Enfermagem nos cuidados básicos de saúde – (PCI IV).	4º	30	30	60
		4. Cuidados de Enfermagem a cliente hospitalizado II (PCI VIII).	6º	45	60	105
C 8	Resolução CNE/CES nº 3/2001 – DCN	1. Atenção Integral à Saúde da Criança I.	6º	60	15	75
		2. Atenção Integral à Saúde da Criança II.	7º	120	30	150

Um curso (C6) ministrava os conteúdos da criança em três disciplinas, que ocorriam no mesmo semestre, duas delas eram denominadas conjuntas e se desenvolviam ao mesmo tempo de forma integrada no ensino da atenção à criança sadia, com atuação na atenção básica e a outra abordava a criança doente.

O curso C7 se diferenciou na organização curricular, pois apesar de estar sob a égide do Currículo Mínimo (Parecer CFE nº 3154 e Portaria nº1721/94), as disciplinas distribuíam-se em 13 Programas Curriculares Interdepartamentais (PCI) e os conteúdos de saúde da criança eram ministradas em quatro PCI.

Observou-se que a maioria das disciplinas era oferecida entre o quarto e o sexto semestre do curso. As cargas horárias eram amplas, com carga horária teórica que variava de 30 a 120 horas e prática de 15 a 136 horas. Destaca-se que na maioria das disciplinas, a carga horária do ensino prático era maior que a do ensino teórico.

A análise dos planos de ensino evidenciou que embora nem todos os cursos estivessem sob a égide das novas DCENF a organização das disciplinas da saúde da criança seguiam uma proposta de ordenamento crescente, de acordo como o nível de complexidade da atenção.

A análise evidenciou ainda que os conteúdos relacionados à enfermagem neonatal aconteciam em três modalidades: como disciplina; como conteúdo inserido em disciplinas da saúde da criança e da saúde da mulher; e como conteúdos exclusivos de disciplinas de saúde da mulher. Somente em dois cursos (C1, C5), a enfermagem neonatal era ministrada em disciplina separada. Em três cursos (C2, C3, C8,), o conteúdo de neonatologia estava inserido tanto no ensino da saúde da criança quanto no da saúde da mulher. Nos outros três cursos (C4, C6, C7) o conteúdo era desenvolvido somente junto às disciplinas de saúde da mulher.

5.3 A ORGANIZAÇÃO DO ENSINO DA SAÚDE DA CRIANÇA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA PERSPECTIVA DAS DOCENTES

Apresenta-se inicialmente a síntese dos conteúdos abordados no ensino obtida a partir da análise dos planos de ensino referentes às disciplinas de saúde da criança. As informações não foram apresentadas por curso, considerando a semelhança dos conteúdos abordados em todos os cursos (Quadro 4).

Constatou-se que os conteúdos dos planos de ensino das disciplinas contemplavam a realidade de saúde da população infantil em nível nacional e local e tinha como base as políticas públicas e os programas do Ministério da Saúde. Abordavam as cinco ações básicas preconizadas pelo PAISC, quais seja crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e alimentação da criança, assistência à criança com as doenças prevalentes na infância (infecções respiratórias, diarréias, desnutrição/obesidade e anemia), além de prevenção de acidentes e violência; fundamentação teórica do cuidar centrado na criança e família; e significado da doença e da hospitalização para a criança e a família (Quadro 4).

A partir da análise das entrevistas com as docentes, que buscou apreender como se organiza o ensino da atenção à saúde da criança para contemplar a integralidade, foram identificadas categorias empíricas que se referiram a aproximações do ensino com o princípio da integralidade e categorias empíricas que evidenciaram distanciamento do ensino com o princípio da integralidade.

Quadro 4 – Síntese dos conteúdos conforme os planos de ensino das disciplinas. São Paulo, 2012

CURSO	DISCIPLINAS	CONTEÚDOS
C 1	1. Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente I.	• Situação de Saúde da Criança no Brasil: aspectos sanitários e epidemiológicos; • Políticas Públicas: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Programa de triagem neonatal; • Características anátomo-fisiológicas do RN normal, pré-termo, pós-termo, Pequeno para Idade Gestacional (PIG); • Crescimento e Desenvolvimento da criança e a influência dos determinantes sociais e biológicos; • Alimentação da criança: Alimentação no 1º ano de vida (aleitamento materno e artificial); • Fisiopatologia e tratamento dos agravos mais comuns à saúde da criança. Conceitos, definições, prognósticos e cuidados de enfermagem específicos; • Assistência de enfermagem à criança portadora de afecções comuns na infância: Anemia Ferropriva - dermatoses - Febre; • Infecções Respiratórias Agudas: IVAS - otite - Pneumonia - Broncopneumonia - bronquiolite - Asma brônquica; • Doenças diarréicas, desidratação, desnutrição e obesidade; • Fundamentação teórica do cuidar centrado na criança e família; • Situações específicas de assistência à criança e à família: Consulta de Enfermagem - Visita Domiciliar - Prevenção de acidentes na infância - Violência - Assistência à família: métodos de avaliação e intervenção; • O significado da doença e da hospitalização para a criança e a família. Procedimentos técnicos na assistência à criança; • Assistência de enfermagem ao recém- nascido e família em sala de parto, berçário e alojamento conjunto e orientações para alta hospitalar.
	2. Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente II.	
	3. Enfermagem Neo Natal.	
C 2	1. Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.	
C 3	1. Enfermagem na Saúde da Mulher Criança e Adolescente I.	
	2. Enfermagem na Saúde da Mulher Criança e Adolescente II.	
C 4	1. Enfermagem em Materno-Infantil.	
C 5	1. Enfermagem em Pediatria.	
	2. Enfermagem em Neonatologia.	
C 6	1. Enfermagem em Saúde Coletiva e a Saúde da Criança e do Adolescente.	
	2. Enfermagem na Saúde da Criança.	
	3. Enfermagem no Cuidado da Criança e da Família na Experiência de Doença.	
C 7	1. A Criança a Escola e Eu (PCI I).	
	2. Cuidado de enfermagem a família expectante (PCI V).	
	3. Enfermagem nos cuidados básicos de saúde – (PCI IV).	
	4. Cuidados de Enfermagem a cliente hospitalizado II (PCI VIII).	
C 8	1. Atenção Integral à Saúde da Criança I.	
	2. Atenção Integral à Saúde da Criança II.	

5.3.1 Categorias que evidenciam aproximação do ensino com o princípio da integralidade

Apresentam-se no Quadro 5, as categorias empíricas que aproximam o ensino da saúde da criança com o princípio da integralidade.

Quadro 5 – Categorias empíricas que aproximam o ensino da saúde da criança com o princípio da integralidade. São Paulo, 2012

Categorias empíricas
"A gente trabalha a questão das políticas públicas"
"Atuação na atenção básica, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado"
"Referência e contra-referência ainda é uma meta, mas o aluno tem que saber que existe"
"Criança inserida na família e no contexto histórico, social e epidemiológico"

Categoria – "A gente trabalha a questão das políticas públicas"

De acordo com o referencial adotado no presente estudo, considera-se integralidade "como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial". Assim, emergiu a categoria "A gente trabalha a questão das políticas públicas", que se encontrava presente na totalidade dos conteúdos teóricos dos planos de ensino e também nas entrevistas analisadas, como revelam as falas a seguir:

Eu dou aula sobre políticas de saúde na atenção à criança na parte teórica e acompanho os estágios em alojamento conjunto. C2E3

O nosso bloco teórico a gente trabalha primeiro os indicadores de morbimortalidade. O Ser Criança vai trazer o que é esse universo, porque muitos tiveram pouco contato com a infância. Depois a gente trabalha a questão das políticas públicas, a visão geral, quer dizer o PAISC, trabalho um pouco a idéia das linhas da Agenda, da Humanização do Parto,

Nascimento. Depois trabalho o Crescimento e Desenvolvimento, e quando dá tempo, a família entra como aula à parte, senão ela vem como eixo transversal. Questão de violência a gente tem trabalhado como eixo transversal. C8E15

A gente inicia a disciplina trabalhando as questões de morbimortalidade infantil. O segundo conteúdo é o crescimento e desenvolvimento [...], a referência bibliográfica é o caderno de saúde infantil, [...] a aula de crescimento eu fecho com a determinação do peso para a idade, naquelas determinações do AIDPI, peso muito baixo, não é baixo e peso baixo. [...] A caderneta da criança nova que já traz toda a estratégia AIDPI, basicamente, a classificação de provável atraso no crescimento, desenvolvimento normal com fatores de risco. [...] Depois disso, vem uma aula de aleitamento materno onde nós trazemos a questão da amamentação [...], mas eles também aprendem a manejar o leite artificial porque essa é uma realidade nossa e eles conhecem as fórmulas infantis. Aí, ainda na visão do SUS, a gente usa o caderno 23 do MS que é aquele de nutrição infantil e aleitamento. A nível hospitalar, os alunos vêm conteúdos que a gente pensa que estão de acordo com o nosso perfil epidemiológico, então, [...] ainda ensinamos diarréia, desnutrição e anemia. Tanto diarréia quanto desnutrição e anemia ferropriva, ela tem um conteúdo fisiopatológico pesado. Eles já vêem na teoria, como é que a estratégia AIDPI avalia e classifica, diarréia, estado de hidratação, diarréia persistente e disenteria; eles vêem o quadro e vêm o plano A, plano B e Plano C. Eles têm febre reumática, é uma prevalência alta na nossa região, problemas respiratórios agudos, falo um pouco de asma também e eu abordo as pneumonias, otites e asma dentro da estratégia AIDPI. C4E6

Reconhece-se nesta categoria que o conteúdo teórico do ensino adota as políticas públicas de atenção à saúde da criança: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Programa de triagem neonatal, tendo como eixo referencial o crescimento e desenvolvimento infantil.

Categoria – “Atuação na atenção básica, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado”

A categoria “Atuação na atenção básica, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado” foi construída, tendo em vista que se entende integralidade “como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária”.

A análise das entrevistas mostrou que o ensino da saúde da criança contemplava atuação, praticamente no âmbito da atenção básica e na área hospitalar, com cenários de práticas nas unidades básicas de saúde e na rede hospitalar, como evidenciam os depoimentos a seguir:

[A disciplina] Mulher, Criança e Adolescente I, nós temos uma área de atuação praticamente na atenção básica. [A disciplina] Mulher, Criança e Adolescente II na área hospitalar. Eu fico com o ensino da criança até cinco anos de idade e toda a parte de alimentação, intercorrências mais comuns, quando chega a parte de patologias doenças em si, é mais Mulher II ela é nível só hospitalar. C3E5

[...] a área da enfermagem pediátrica, a gente acabou dividindo em dois grupos, um grupo que trabalha muito mais com promoção e prevenção, e a gente que trabalha com as questões da criança institucionalizada de alguma forma ou ambulatorial, em geral é hospitalizada, ou internada, então é a criança doente. C6E11

Nós temos quatro práticas: o alojamento conjunto onde a gente vê a criança de zero a 28 dias, a atenção básica na puericultura, no posto de saúde, onde a gente pega a criança, o lactente até cinco anos, o pré-escolar; e o escolar nós não enfocamos, e enfocamos o adolescente na escola, e no hospital a criança hospitalizada. C2E3

[Nossos] cenários de prática [são] tanto postos, quanto a rede hospitalar, hospitais públicos. Esse campo de prática como nós somos do Estado, nós temos ainda muito acesso. O acesso ao Hospital [X], eu levo meus acadêmicos para o Hospital [X]e a professora J leva os acadêmicos dela para o Hospital [R]. Eu levo também meus acadêmicos para o nosso Posto Escola. Então, a nossa prática é essa, a gente prepara ele [o aluno], porque no oitavo período, isso é sétimo período, ele vai ficar na Unidade de Saúde da Família atendendo o que? A criança e a gestante em ambulatório, então ele sai preparado para atender aquela criança, porque eu preparei ele na puericultura, que é no sétimo período. C5E7

O foco do 3º ano é outro, vai muito para a complexidade. Então seria assim, da prevenção da promoção da saúde e vamos agora para a parte mais curativa, e aí entra com a terapêutica medicamentosa, punção venosa, curativos complexos, não que isso não aconteça na atenção básica, mas é muito mais aprofundado. O foco do estágio no 3º ano é realmente a complexidade desse atendimento. C1E2

Também houve destaque para o ensino prático em outros contextos de cuidado como creches, pré-escolas e escolas que oportunizam o aprendizado das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, o que contempla o princípio da integralidade, ao priorizar tais atividades sem prejuízo dos serviços assistenciais. Apesar de uma das falas destacar a não articulação dos serviços de saúde com equipamentos de educação infantil, fica evidente a importância que a docente dá às ações intersetoriais para o efetivo ensino da saúde da criança:

O segundo ano do curso ele é todo voltado para a promoção de saúde e a prevenção, então toda prática é feita no contexto extra-hospitalar e eles vão a Unidade Básica. A saúde da criança não fica só em Unidade Básica especificamente, por quê? Porque a gente acredita que eles precisam ter uma visão da criança em outros contextos de cuidados e educação. Então, eles fazem atividades também em escolas de educação infantil ou creche, [onde] eles fazem uma unidade de prática relacionada à avaliação, ao conhecimento do desenvolvimento neuro-psicomotor da criança, e toda a parte de estimulação, como algumas questões relacionadas ao cuidado direto da criança. [...]. Então, a nossa prática de saúde da criança eles fazem uma parte realmente no ambulatório, onde eles fazem a consulta de puericultura, atendimento de puericultura, e um estágio sobre avaliação e promoção do desenvolvimento infantil que é na creche. C1E1

[...] quando eles vão para essa prática assistencial que a ênfase é mesmo a promoção do desenvolvimento da saúde infantil, algumas vezes eles fazem intervenções voltadas para a formação dos educadores e dos trabalhadores da creche, pensando nos aspectos de desenvolvimento e saúde infantil. [...]. O que a gente não conseguiu ainda, e que eu acho que no currículo novo a gente vai conseguir dar esse salto, é que o trabalho que nós fazemos nas creches, tanto o que eu faço como o que as outras professoras fazem, ele não tem uma articulação com o sistema de saúde, a gente tem uma ênfase para as ações de saúde na creche, porém é um trabalho circunscrito aquela instituição que não se ancora em nenhuma unidade de saúde, o que é uma pena. C6E10

Categoria – “Referência e contra-referência ainda é uma meta, mas o aluno tem que saber que existe”

Esta categoria emergiu das entrevistas, tendo em vista que se considera a integralidade “como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde”. As docentes apontaram a referência e contra referência como necessária para garantir a continuidade da atenção à saúde da criança, porém, a falta de integração entre os serviços de saúde fica evidente nas falas das docentes destacadas a seguir, que relatam a dificuldade em garantir a continuidade da atenção ao atuarem no ensino da saúde da criança na área hospitalar e nas unidades básicas.

[...] Porque aqui a gente não tem, talvez em outros lugares isso seja mais fácil. Cidade grande a gente tem muito problema com referência e contra-referência, a gente da área hospitalar acaba não tendo contato com o cuidado primário desta criança, muito difícil, quer dizer na minha experiência a gente não consegue ter nenhum contato, ligar para o posto, para a UBS, isso seria uma grande coisa. C6E11

[...] agora, discutir a integralidade do atendimento a criança por vezes, para nós da atenção primária, é difícil, isso porque a referência para outros níveis não está organizada. Hoje a gente trabalha com o sistema de regulação, pedindo atendimento especifico, mas muitas vezes isso não se acontece prontamente e também não temos o retorno.C7E12

Eu vejo a integralidade no ensino assim, se eu estou atendendo a criança a nível hospitalar eu tenho que pensar que essa criança veio de algum local, vejo se ela está ligada a algum PSF, ou se tem alguma Unidade Básica de Saúde que eu tenha que fazer uma contra-referência, a gente sabe que existe a referência, mas a contra-referência é uma meta a ser alcançada, mas o aluno tem que estar preocupado, tem que saber que isso existe. C4E6

Eu tive um caso de uma criança com nanismo, ela tinha uns quatro anos, eu achei que ela era muito pequena, peguei a criança e conversei com a mãe, pesei, aferi a estatura, estava muito abaixo na curva de crescimento e o que é que eu fiz, mostrei a Dr. C, ele olhou e disse vamos fazer uns exames nela. E realmente ela tinha desvio do hormônio de crescimento, e nós não tínhamos a quem mandar aqui, e isto é integralidade também, cadê os serviços? C3E5

Embora essa realidade nem sempre esteja presente nos campos de prática, onde existem muitos problemas com referência e contra-referência, destacaram-se algumas experiências positivas:

Lá no CSU [centro de saúde], eu peguei um caso de uma criança renal, esse foi mais fácil, porque aqui existe uma clinica renal pelo SUS e encaminhei através de relatório. Existe essa integração entre os serviços que a gente chama de referência e contra-referência e isso deu certo, mas uma coisa mais especializada não tem. C3E5

Imunização é dada no PCI IV [disciplina] que é da saúde pública, por isso quando os alunos estão no hospital faço uma visita ao IPPMG [...]. Na visita eu vejo que é a única oportunidade que eu tenho de tentar fazer o elo do que eles aprenderam com o hospital, porque senão pensa assim, a criança foi hospitalizada, não vai ser vacinada? Por exemplo, a criança internou, tem leucemia, está com neutropenia, mas precisa ser vacinada quando ela recebe alta e está equilibrada; o médico [então] já encaminha para ali é prático. C7E13

Os depoimentos a seguir reiteram a dificuldade de articulação entre os serviços de saúde e os equipamentos sociais, uma vez que, na prática, não há uma rede integrada de assistência que possibilite o cuidado integral da criança:

Esse aluno vai para a creche onde ele atende a criança nas diferentes faixas etárias, no enfoque mais voltado para o exame físico na criança, detectando alguns sinais e sintomas de possíveis agravos da saúde dessa criança e depois é feito encaminhamento da melhor forma possível, tentando fazer a referência e contra referência, que também não é fácil. C8E15

Se eu vou pensar atenção integral, eu vou pensar na rede, como é que a rede se comunica para resolver um problema que a atenção primária não conseguiu dar conta. Por exemplo, num ambulatório geral de saúde da família e aí ela passou para um ambulatório especializado, porque criança doente, muito doente que a atenção primária não resolve, ele precisa de investigação, e investigação requer muitas vezes a internação da criança. Então atenção integral é saber como que a gente faz o fluxo de um nível de atenção ao outro e como que a gente ajuda as famílias nos diferentes contextos de atenção. Saúde da família, por exemplo, eles sabem que têm que dar conta da questão da violência com criança e aí o

aluno se depara com uma situação de uma criança que durante a consulta apresenta um comportamento diferente, o que ele precisa vivenciar é que não dá para gente discutir entre a equipe e não fazer nada, como é essa comunicação do setor saúde com o conselho tutelar, existe? Não existe? C7E12

Atenção integral é pensar a criança em todos os âmbitos dos níveis de atenção do Sistema Único de saúde [...] pensando em todos os níveis de atenção: quer dizer eu tenho que dar conta dessa atenção em todos os níveis, ou seja, atenção básica, secundária. C6E9

Os depoimentos evidenciaram que apesar do ensino da saúde da criança contemplar diferentes níveis de atenção e as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a realidade dos campos de prática, sem uma rede integrada de assistência, dificulta o efetivo ensino da integralidade no que toca à garantia da continuidade da atenção, que possibilite o atendimento integral às necessidades de saúde apresentadas pelas crianças.

Categoria – "Abordar a criança inserida na família e no seu contexto histórico, social e epidemiológico"

Esta categoria contempla a integralidade como "olhar a criança em sua totalidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, que pertence a uma família, portanto, seus membros devem ser incluídos na assistência. Um ser, cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, isto é, pertence a um grupo social determinado, cujas condições de vida interferem no perfil epidemiológico".

Para todas as docentes entrevistadas, a atenção integral no ensino à saúde da criança significou vinculá-la ao contexto familiar e social mais amplo e aos seus determinantes. Apreendeu-se nas falas, uma concepção de integralidade para além dos aspectos biológicos, que olha a criança na sua totalidade e considera os determinantes sociais.

Atenção integral foge dessa concepção de saúde - ausência de doença. Essa saúde integral leva em consideração os determinantes sociais, em consideração aos princípios do SUS, abordando essa criança dentro do seu contexto histórico, social e epidemiológico. Enfim, quando eu olho a criança de uma forma integral não vou localizar a pneumonia, o impetigo; eu vou olhar essa criança no todo e a partir daí traçar um plano de cuidado de enfermagem

dentro de um modelo mais abrangente, um modelo integral, que aí vou ter as concepções da família nesse processo, da comunidade, da rede social. Então, olhar a criança deslocada disso não é ter um olhar integral, possivelmente nós não vamos conseguir atender as suas necessidades de saúde. C7E13

Atenção integral é ver realmente a criança na sua integralidade, dentro do contexto da família e dentro daquele contexto social da comunidade; a gente trabalha o tempo todo com eles esse tipo de raciocínio. Se a criança apresenta, por exemplo alguma queixa, todo o contexto, domicílio, a sociedade onde ela vive, a família precisa ser visto e não apenas aquele problema respiratório que ela está tendo; porque essas situações não são só individuais, mas familiares, de moradia de situação da coletividade que podem estar propiciando, aonde teria que intervir para poder melhorar esta situação e compreender a criança na sua singularidade. Compreender a sua parte física, biológica, social, psicológica, enfim é o bio-psico-social, a gente trabalha mesmo essa questão o tempo todo. C1E1

O que está acontecendo com esta criança que está tendo tantas re-internações? O que acontece na casa dela? Talvez seja muito mais voltado para família em si do que para a comunidade, mas de todo jeito se é uma criança que fica em creche, a gente vai se preocupar com o que está acontecendo. Se for uma criança que é “chiadora”, o que é que acontece na creche ou na casa dela que favorece isso ou não. C6E11

[...] Acho que um dos pontos da integralidade é o enfoque da família, que a meu ver, quando você enfoca a família você pensa na saúde integral da criança e na própria relação intergeracional, isso realmente é integralidade. Quando enfoca a família, a alimentação, as condições econômicas, do trabalho, eu acho que são temas que dá esse caráter da integralidade. Eu enxergo assim. C2E3

Os relatos a seguir evidenciam a intenção de ampliar a atuação do ensino para além do domínio da técnica, busca considerar a criança inserida na família e na comunidade:

Os conteúdos são selecionados a partir do eixo que a gente considera que é o eixo importante para seguir, para conhecer, que é o processo de Crescimento e Desenvolvimento da criança. Todo o conteúdo [da disciplina] ele se organiza em prol do conhecimento da criança teoricamente sadia ou com pequenos agravos de saúde, mas buscando compreender esse processo de crescimento e desenvolvimento e envolvendo a família. C1E1

Na unidade hospitalar, a gente vê o ambiente hospitalar como um todo, lida com o acompanhante, faz os cuidados com a criança na parte assistencial, medicação, curativos, faz evolução de enfermagem e tem também o estudo de caso. [...] no último dia de prática, eles apresentam o estudo de caso, a gente aproveita para discutir também, ambiente familiar. E quando estou no hospital eu procuro envolver o acompanhante que está ali com a criança, seja ele quem for, procuro enfatizar para ele os cuidados. Por exemplo, aquela criança quando vai para casa, é importante eles [os acompanhantes] terem conhecimento de como cuidar daquela criança em casa, esclarecer as dúvidas que eles tenham, tanto que eu coloco, que qualquer anormalidade, se ele perceber qualquer alteração na criança em casa depois da alta não demorar em procurar o serviço de saúde. C5E8

No estágio, é gradual o processo de ensino deles, primeiro eles vão se aproximando da criança e aí eles vão fazer a leitura dos instrumentos, vão fazer o exame físico da criança, vão fazer a avaliação da família que é com genograma e o ecomapa e a gente vai discutir isso. [...] Eles trabalham geralmente em duplas e eles fazem estudo de caso relativo a

alguém que eles tenham cuidado. Esse estudo de caso é apresentar essa criança, essa família [...]. C6E11

A gente tem um conteúdo que é a abordagem da assistência à criança centrada na família. E os alunos fazem sempre um estudo de caso, no final da prática, eles escolhem uma criança com uma patologia para fazer um estudo de caso onde a gente pede que fale da família, da mãe, essa criança que vai voltar para o seio da família [...]. C2E4

Eu já estou pensando numa prática diferente na coletiva [disciplina do currículo novo], porque hoje a gente se prende muito na sala de imunização, na sala de puericultura, a gente tem que ver a criança fora dela, na sua comunidade. Fazer um trabalho interligado com os agentes comunitários, por exemplo, quando a gente pega um cartão de imunização a gente só quer saber por que a vacina está atrasada, não busca as razões. Então, eu já estou pensando como melhorar um pouco essa coisa para não entrar na coletiva [disciplina do currículo novo] nos mesmos moldes de ficar só na sala de vacina, só ali na técnica, não quero isso. C2E4

Outro depoimento destacou a importância da visita domiciliar como estratégia para o desenvolvimento do ensino da integralidade, pois além de possibilitar ao aluno aprender a utilizar um protocolo, aproxima-o da realidade social da criança, mesmo que nem sempre se consiga promover uma intervenção.

Numa UBS, [o aluno] faz visita domiciliar a crianças menores de dois meses principalmente para avaliar amamentação, seguindo o protocolo da AIDPI de menores de dois meses. Ele não vai só aplicar este instrumento; a gente tem outro instrumento também, de ver o domicílio, a inserção da família, como que trabalham. Aí eles voltam para a unidade de saúde e a gente discute os casos, faz as anotações e quando necessário, eu passo o caso para as equipes, [pois] nem sempre elas conseguem fazer intervenção. C6E9.

5.3.2 Categorias que evidenciam distanciamento do ensino com o princípio da integralidade

O Quadro 6 apresenta as categorias empíricas que evidenciam distanciamento do ensino da saúde da criança com o princípio da integralidade.

Quadro 6 – Categorias empíricas que evidenciam distanciamento do ensino da saúde da criança com o princípio da integralidade. São Paulo, 2012.

Categorias empíricas
"Primeiro vem o conteúdo teórico e depois vem a prática"
"A gente tem que integrar"

Categoria – "Primeiro vem o conteúdo teórico e depois vem a prática"

Embora na perspectiva da integralidade o conhecimento deva ser construído da prática para a teoria, esta categoria evidenciou que ainda persiste a seqüência clássica teoria/prática, pois a grande maioria das docentes entrevistadas destacou que o ensino da saúde da criança compreende primeiro um bloco teórico e depois é que os alunos se inserem na prática, como revelado nas falas a seguir:

> Em geral vem primeiro o conteúdo teórico e depois eles vão para a prática. A gente faz também alguns exercícios, eles fazem prova antes, tem laboratório, aqui na escola antes. A gente usa muito uma estratégia de assistir um filme e responder alguns exercícios sobre família, filme para genograma e ecomapa para ver se eles entenderam o conteúdo teórico. [...]. Existem outras aulas, Home Care e você tem algumas outras aulas mais técnicas ou mais sobre patologias e depois eles vão para os estágios. C6E11

> Eles têm todo um bloco teórico sobre as doenças mais prevalentes na infância, a nível mesmo de atenção básica de saúde, isso no bloco teórico. Depois eles vão para os campos de estágio onde vão ver a criança inserida no ambiente de creche, vêem a parte de desenvolvimento infantil e a parte de consulta de enfermagem na unidade básica de saúde [...]. Eles têm bloco teórico num mês, só a aula teórica, e depois vão para a prática. C1E2

> Quando encerra o bloco teórico da atenção secundária, esse aluno vai para prática. Não é estágio, é uma aproximação que ele tem com essa clientela; a gente ainda não tem isso como estágio, mas como uma segunda aproximação, e depois dessa prática a gente começa o bloco teórico terciário e no final ele vai para prática de novo para eles estarem visualizando uma questão hospitalar e com foco na atenção terciária. C8E16

Ainda em relação ao ensino teórico e prático, as docentes expressaram que nem sempre é possível vivenciar na prática todo o conteúdo visto no bloco teórico, pois algumas experiências podem não ocorrer na prática, como evidenciam alguns depoimentos. Além disso, há um

destaque sobre a necessidade de um professor atendendo no campo para que o aluno possa ter experiência de uma consulta de enfermagem:

A gente procura trazer na prática todo o conteúdo que eles têm na teoria. Ainda nós estamos fazendo um pouco desarticulado, [pois] temporalmente eles têm primeiro o conteúdo teórico e depois eles têm o conteúdo prático. [...]. A gente trabalha com eles como é que orienta as coisas que a gente observa. Tudo que é dado na teoria, a não ser os agravos de saúde, que pode não chegar criança com aquela questão. Os problemas respiratórios sempre aparecem,e os dermatológicos. C1E1

Na verdade eles já receberam no segundo ano, o conteúdo teórico de desidratação, a parte prática se acontecer é lá na frente. No caso, o bloco teórico dessas doenças mais prevalentes seria na atenção básica, se não tiveram a prática ainda no segundo ano pode ser que tenham no terceiro, num cenário de pronto-socorro [...]. Mas na hora do estágio mesmo, falta muito. Na hora que vai ver habilidade, vivência, acho que experiência mesmo prática, muitas vezes não tem nos campos. Chegam no 3º ano, segundo semestre do 3º ano, que é a parte hospitalar da criança, e nunca viram um curativo ou nunca pegaram um equipamento do sistema de infusão, por exemplo, um equipo, uma bureta. C1E2

No ambulatório, a gente já chegou a acompanhar o crescimento e desenvolvimento, mas era uma consulta rápida, porque no nosso ambulatório tem até um SPA [Serviço de Pronto Atendimento], mas como a nossa prática é muito pontual, a gente não tem certeza se vai ter atendimento naquele dia. Então, a gente ainda não conseguiu inserir a consulta de enfermagem, o aluno vê aspectos da consulta, mas no caso, teria que ter um professor atendendo num consultório para que o aluno pudesse acompanhar, e não temos. C8E15

Em relação ao ensino prático, as docentes demonstraram preocupação com o tempo que os alunos permanecem nos campos de prática. Destacaram a prática pontual que inclusive dificulta a compreensão do cotidiano da unidade de saúde pelo aluno:

[...] Mas a nossa prática é muito pontual. [...] A gente tem quatro dias de prática, nesses quatro dias os grupos vão circulando, então, na verdade, eles têm uma aula prática cada manhã por cada cenário, que é pouco. [...], porque aqui é assim, no sexto período é atenção primária e secundária, no sétimo período, ele pega parte de secundária e terciária e no oitavo período ele volta para primária como estágio supervisionado. Então, a idéia é que nesse oitavo período ele consiga consolidar, mas na minha avaliação, a carga horária do oitavo período, acho que está em 48 horas, é muito pequena porque novamente ele passa em dois, três cenários diferentes. Então ele não tem aquele tempo de viver o cotidiano da unidade de saúde na qual ele está passando, tudo é muita novidade para ele. No oitavo período ele passa em vários outros setores e na área da criança é no máximo 48 horas. Eu acho uma carga horária pequena, tanto a do sexto quanto a do oitavo período. C8E15

Nós temos somente seis dias de prática, a gente divide, três dias para o hospital e três dias para a puericultura, isso depende do professor. Porque era assim, a gente passava seis dias só no hospital, porque são seis dias para a disciplina da criança e seis dias para a neonatologia, são doze dias. Então, a gente não ia para a puericultura, quando chegava no oitavo período, o aluno não sabia nada. Agora, a gente divide de três em três dias, sensibiliza. Se ele quiser no oitavo período vai aprender e no nono período, se ele quiser, fica seis meses na criança hospitalizada ou na puericultura. No nono período ele escolhe, criança ou adulto, mas isso é no currículo antigo. C5E7

O PCI VIII é dividido em três cenários, por isso que é pouquíssimo tempo; os cenários são ortopedia, que é adulto, DIP [Doenças Infecto-Parasitária] e a pediatria, aí está a dificuldade. No PCI VIII, no período letivo ele é dividido com o PCI IX, então são duas disciplinas obrigatórias que os alunos devem cursar. Nesse período ele passa metade do período no PCI VIII e quando acaba ele troca, ele vai para o PCI IX e o que estava no PCI IX vem por PCI VIII. C7E14

A prática da disciplina toda, eles passam por quatro campos de estágio, 30 horas em cada campo. Então, eles rodam em média cinco a seis alunos na prática de puericultura, em pediatria clinica no [Hospital X], onde eles vêem as patologias que eu lhe disse e outras, porque o [Hospital X] é uma grande escola, passam na emergência pediátrica do Hospital da R que é uma referência estadual e às vezes até para a região Nordeste. E o quarto campo, ele passa com o adolescente, eles fazem uma prática em escolas e no hospital, principalmente em maternidade onde eles abordam a gestante e a puérpera. C4E6

Eles vão ter conosco experiências práticas, algumas mais pontuais e outras mais duradouras. Então eles têm experiência prática conosco de avaliação da criança e aí eles fazem, momentos de laboratório, fazem também momentos de prática no campo, depois eles fazem uma prática de uma duração mais longa aonde alguns alunos vão para uma UBS, outros vão para um abrigo, outros vão comigo e com a Professora M para duas creches. C6E10

Apesar de todas as dificuldades relatadas, a fala abaixo mostra preocupação em proporcionar ao aluno, oportunidade de praticar os conteúdos vistos na teoria:

Quando a gente vai para o campo, para essa atividade mais duradoura a gente tem feito da seguinte maneira para que todos os alunos tenham essa oportunidade de praticar a avaliação da criança, identificação de necessidades e práticas de intervenção nessa linha mais da promoção da saúde. Quem vai para creche com a Profa M tem contato com crianças de três a seis anos onde eles ficam cinco dias; e cinco dias na unidade básica com a outra professora e trocam. Então eles têm tanto uma atividade bem no sentido da promoção da saúde, da educação em saúde para criança, como eles vão ter uma atividade na unidade básica de consultas de enfermagem, práticas de consulta [...]. C6E10

O depoimento abaixo revela uma programação diferenciada no serviço de saúde para o desenvolvimento do ensino prático da disciplina, com vistas a atender a necessidade do ensino:

Nós temos entre sete e dez alunos por grupo de prática. Atualmente as turmas estão muito grandes, então nós temos 90 alunos e eles fazem rodízio em três disciplinas e eles passam entre 18 e 20 dias em cada disciplina. Nesses 18 dias, a gente divide, por exemplo, seis dias no ambulatório, seis dias na creche. [...]. Lá no ambulatório de puericultura, da consulta, nós montamos um serviço que na época que tem aluno a gente tem toda uma programação para ter poucas consultas e a gente trabalha cada um dos casos todo dia com eles. Então eles fazem a consulta, tem um formulário, a gente preenche toda descrição da consulta, eles fazem gráfico de peso, altura e perímetro cefálico que fica no prontuário, preenche o cartão da criança, tem o instrumento de avaliação de desenvolvimento e eles

fazem a sistematização completa, a anamnese, exame físico, diagnóstico de enfermagem. C1E1.

Categoria – "A gente tem que integrar"

Na perspectiva das docentes entrevistadas, a inserção de conteúdos da saúde da criança em várias disciplinas conduz à fragmentação e não favorece a incorporação do princípio da integralidade no ensino da saúde da criança. Uma fala evidenciou, por exemplo, que o ensino da atenção básica é "bem distinto, bem separado" da área hospitalar, de forma que docentes da atenção básica "não mantêm nenhum contato" com a área hospitalar:

A gente ainda vê muita fragmentação [...] como eu era da saúde da criança e adolescente II agora estou na I, sempre tem um lado muito bom disso tudo, de passar pelas áreas, eu vejo que não há uma conversa, no sentido assim, a gente aborda, a parte de prevenção, tais doenças, tais cuidados e vocês na parte hospitalar abordam tal cuidado, eu não vejo uma conexão, uma interseção de conversas ou mesmo de decisões para que haja essa integralidade, realmente existe uma fragmentação, nesse sentido. C1E2

Alguns conteúdos de saúde da criança estão inseridos em outras disciplinas, por exemplo: a saúde da mulher ela enfoca criança no momento do nascimento, a saúde comunitária hoje uma parte das questões de vacinação é dada por saúde comunitária. No currículo antigo, não tinha muita integração. No currículo novo, a gente está tentando fazer isso, implantar essa integração, sair das caixinhas para que realmente haja uma integração dos conteúdos, mas eu não poderia ainda te falar porque nós ainda estamos implantando o currículo novo. Na realidade, ele está implantado desde o ano passado e neste novo currículo houve a discussão da integração das disciplinas. C2E3

Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I, nós temos uma área de ensino na atenção básica. Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II na área hospitalar está bem distinto, bem separado. [...] A área hospitalar nós não temos nenhum contato, quando chega a parte de patologias doenças em si é mais Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II. C3E5.

Quando estou no campo de prática, eu sinto que a gente tem que integrar, por quê? Porque ele viu a teoria e a prática de administração de medicação, lá atrás então, quando chega aqui é a maior dificuldade e eu não tenho tempo para fazer e rever tudo de medicação. C5E7

A falta de conversa entre as docentes das áreas leva a repetição de conteúdos como mostram as falas a seguir:

Muitas vezes, por falta até de conversa entre os docentes das áreas, os alunos trazem que eles têm o mesmo conteúdo, principalmente na área da criança. Há falta, eu acho, de integralidade mesmo, de conversa entre as áreas. [...] Aquilo que eu havia comentado, cada área define isoladamente os conteúdos que vão ser abordados exatamente, mas será que

já foi abordado em outro momento? Poderia aprofundar em outro ponto que talvez fosse mais interessante, mais especifico até da área não é? Então, a gente dá uma pincelada geral em tudo para garantir que pelo menos eles ouviram falar. Aquela coisa, eu tenho que passar conteúdo, e o conteúdo é muito grande, eles têm aula em período integral, até seis da tarde, chegam ao estágio sete e meia da manhã e mesmo assim sempre estão devendo. C1E2

Por exemplo, na questão do alojamento conjunto, a prática de alojamento era onde eles [os alunos] mais apontavam que tinha a coisa repetida, porque quando eles faziam prática no alojamento conjunto na disciplina da mulher, no sexto semestre, e vinham para a prática da criança no sétimo semestre, eles diziam que no alojamento conjunto também davam assistência à criança, e aí eles ficavam naquela, é a mãe é a criança? C2E4

A repetição dos conteúdos, expressa no relato abaixo evidenciou a fragilidade da articulação entre as docentes das disciplinas por questão de vaidade ou por medo de perder espaço:

E outra coisa que os alunos colocam também é a questão: Ah! Já vi isso em determinada disciplina, já vi isso na subárea tal. Então, não existe essa integração efetivamente. Acho que a gente ainda não conseguiu avançar nesse sentido, não sei se é por questão de vaidade, porque na verdade quando a gente integra, a gente perde um pouco de espaço. C8E16

Na fala a seguir, a docente mostra que após planejarem separadamente seus planos de ensino, as disciplinas que contemplam a saúde da criança fazem reunião para evitar repetição de conteúdos. Entretanto, essa preocupação revelou-se também como repassar o conteúdo para ser cobrado na prática:

Nós pegamos os conteúdos antigos, vamos revisando e atualizando, o grupo [da disciplina] Mulher, criança e adolescente I, sem [a disciplina] Mulher, criança e adolescente II. Nós fazemos nosso planejamento de Mulher, criança e adolescente I, e Mulher criança e adolescente II faz o dela. Depois a gente se reúne e vê qual conteúdo precisa retirar para não ficar chocando. Então, eles vão cobrar do aluno em Saúde da Mulher, criança e adolescente II, um assunto que eu já tenha dado aqui na frente. C3E5

Nos depoimentos abaixo, docentes de um dos cursos revelaram a dificuldade do trabalho interdisciplinar, de integração entre os diferentes departamentos, apesar do curso onde se inserem ter uma proposta de currículo integrado nos conteúdos e na prática das disciplinas. Uma fala

evidenciou que os momentos que conseguiram essa integração foram positivos, entretanto depende do desejo do professor:

Quando a gente começou o currículo novo aqui na faculdade, a gente teve um momento muito forte de estar discutindo, estar integrando essa questão também da interdisciplinaridade. A proposta era vir professor de outro departamento e participar da nossa aula, do nosso momento ali, isso foi muito forte no início, hoje a gente tenta que efetivamente não tenha acabado, mas não é assim que funciona. Na saúde da criança, a gente ainda consegue fazer uma integração com a saúde da mulher, em alguns conteúdos, por exemplo, a questão do aleitamento materno, a gente traz o pessoal da saúde da mulher, e é muito interessante mesmo, porque eles vêm com o enfoque da mulher e a gente com o enfoque da criança. Os momentos que a gente conseguiu fazer isso foram muito positivos, mas eu sinto que é esporádico, depende muito do desejo do professor que está envolvido, então isso não é que esteja ali, depende mais de mim e de você, é mais relacional. C8E16

Na verdade a idéia do currículo era trabalhar com a transversalidade, com a integração entre os diferentes departamentos, mas na prática isso é difícil de ser implantado. Mas esse aluno, ele tem vários contatos com a criança já desde o primeiro período, tanto que quando a gente começa o sexto período, a gente começa fazendo um levantamento de quais ações ele já fez da saúde da criança. [...] O nosso departamento que é o materno-infantil, tanto na área da mulher quanto da criança, tem muita coisa que está ligada com o departamento de saúde pública, se a gente fosse avaliar teria que ter ou uma reorganização interdepartamental ou um diálogo maior entre os departamentos. Eu até já me vi pensando que eu estou no departamento errado, porque na verdade, minha formação é na área de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, eu sei que tem um contraponto dos professores da saúde pública que reclamam que nós discutimos coisas que, no entendimento deles, seriam da saúde pública. Se for pensar toda questão da agenda da criança, o estatuto da criança e do adolescente tem muito a ver com políticas públicas de saúde, que está lá no departamento de saúde pública. C8E15

Apesar das dificuldades apontadas, há falas que indicam a existência de iniciativas em busca da integração de conteúdos teóricos e práticos das disciplinas no ensino da saúde da criança:

Na saúde do RN, nós temos o Programa Curricular Interdepartamental V que trabalha basicamente com a mulher e o recém-nascido saudável. A idéia é integrar uma professora da saúde da mulher com outra da saúde da criança, porque, na verdade, não conseguem trabalhar separadas. É o momento em que se trabalha mãe e bebê e agora até a família com a entrada do pai. Então, dentro do princípio da integralidade não é mais possível trabalhar [só] como o binômio não é? C7E13

No currículo velho, o ensino ele é picado, eu faço dois meses, a outra vem faz mais dois meses. No novo, ele é mais processual, o aluno começa no primeiro ano trabalhando aquele espaço da área de abrangência para entender esses conceitos de reconhecimento do espaço de âmbito social, quais são os instrumentos que a gente tem para isso e ao longo disso, ele vinha estudando teoria da determinação social do processo saúde-doença. Então, ele vai conhecer aquelas pessoas, onde elas vivem, como elas vivem, que rede de apoio elas têm, que problemas de saúde elas têm, isso tudo a partir dessa lógica do sistema de saúde, de uma UBS [Unidade Básica de Saúde] e a sua área de abrangência, de referência. E aí, segue nessa mesma área de abrangência no segundo semestre, desenvolvendo ação educativa num equipamento social. O aluno no segundo semestre do currículo novo, ele vai ter entrado em contato com toda parte de desenvolvimento infantil e a parte de

comunicação e relacionamento. Isso é o que a gente está considerando como o conhecimento que vai subsidiar a atuação dele como educador em saúde, mas ele não vai ter ainda nenhuma aprendizagem das outras dimensões do trabalho da enfermagem, é só da dimensão educativa mesmo. Então, o cuidado na dimensão educativa está aqui, todo cuidado gerencial, assistencial está no quinto, sexto, sétimo e oitavo período. C6E10

Na aula que a gente fala da questão do crescimento e desenvolvimento, a gente traz a questão do cartão, a gente resgata o que eles viram antes, e muitas vezes não é o que a gente esperava. Às vezes [os alunos] não lembram, foi lá no segundo período está tão distante, e a gente precisa resgatar esse conteúdo e quando não resgata, a gente sente necessidade de trazer novos conteúdos que a gente pensou que tivesse sido dado lá. Daí a nossa necessidade de se inserir já no início dos primeiros períodos para poder dar continuidade. Também mudar essa estrutura não requer só nossa vontade, porque quem está lá no segundo, não vai querer ceder, e você também não vai poder ampliar mais nosso currículo que já tem uma carga horária imensa. C8E16

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

As disciplinas de saúde da criança contemplavam a realidade de saúde nacional e local da população infantil, de acordo com os conteúdos teóricos propostos nos planos de ensino e ratificados nos depoimentos das docentes entrevistadas. Dessa forma, o ensino se articulava às políticas públicas e aos programas e do Ministério da Saúde.

De acordo com o referencial adotado neste estudo, a integralidade da atenção deve se articular às políticas públicas, que no caso da criança teve como marco o PAISC e deve abranger desde ações de promoção à saúde até o nível mais complexo da assistência, assim como a garantia de acesso da criança em todos os níveis de atenção.

Ademais, tendo como eixo norteador o processo de crescimento e desenvolvimento como recomendado, o ensino contemplava a saúde da criança na atenção básica, hospitalar e em outros contextos de cuidado. Assim, no que toca ao ensino prático, constatou-se que o mesmo era desenvolvido em creches, e escolas de educação infantil, como referido pelas docentes deste estudo, com vistas a oportunizar o aluno a praticar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, característica desejável para que o princípio da integralidade seja incorporado na formação de enfermeiros.

Considerando que a avaliação do desenvolvimento infantil, configura-se como uma ação de promoção da saúde da criança, Ribeiro et al. (2009), afirmam que o conhecimento sobre ‘desenvolvimento infantil’ é essencial para todos os profissionais que lidam com a criança. Desse modo é imprescindível para o aprendizado do enfermeiro, a fim de capacitá-lo para identificar necessidades e alterações de comportamentos esperados na criança, e assim propor cuidado adequado ao processo de desenvolvimento.

O depoimento de uma docente sobre a prática assistencial com trabalhadores de creche para avaliação do desenvolvimento infantil revelou a perspectiva da atuação multiprofissional e interdisciplinar.

Para Macêdo et al. (2006), os cenários de ensino devem ser diversificados, agregando-se ao processo ensino-aprendizagem, além dos equipamentos em saúde, os equipamentos educacionais e comunitários. A existência desses novos espaços de aprendizagem aponta para a perspectiva da atuação multiprofissional e interdisciplinar e o trânsito do aluno por múltiplas expressões de conhecimentos e diferentes possibilidades de atuação profissional.

Para a totalidade das docentes, a atenção integral à saúde da criança no ensino significava vinculá-la ao contexto familiar e social mais amplo e aos seus determinantes. Uma docente destacou em seu depoimento que olhar a criança de forma integral é olhar para além da 'pneumonia', incluindo a família, a comunidade e sua rede social. Para a mesma docente, olhar a criança deslocada desse contexto não permite atender todas as suas necessidades de saúde. Assim, apreendeu-se das falas, uma concepção de integralidade que ultrapassa os aspectos biológicos, que olha a criança em sua totalidade e considera os determinantes sociais, indicando que nesse aspecto, o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação dos enfermeiros.

Para Chiesa et al., (2009) quando a saúde-doença é apreendida na ótica da determinação social, o sintoma ou sinal físico deve ser compreendido com base nas condições de vida, de trabalho, de organização familiar. Assim o enfermeiro, durante uma consulta de enfermagem, além do exame físico e anamnese para investigar as causas do problema de saúde, deve também atentar para outras questões que integram a vida da criança.

Os resultados do presente estudo evidenciaram, portanto, aproximação do ensino da saúde da criança à integralidade da atenção, uma vez que se encontrava atrelada às políticas públicas, tais como PAISC, estratégia AIDPI, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da

Criança e Redução da Mortalidade Infantil e assistência às doenças prevalentes na infância (diarréia, desnutrição, anemias, IRA), além das enfermidades prevalentes na região. Além disso, procura-se capacitar o enfermeiro para compreender a criança inserida em seu contexto familiar e social.

Veríssimo et al (2003) salientam que no ensino de graduação em enfermagem, as potencialidades da estratégia AIDPI são fundamentais para a formação do aluno, pois propiciam a integração de todas as ações de controle específico propostas no PAISC a um só tempo, tanto nos serviços de saúde quanto nos domicílios e na comunidade, fortalecendo as práticas da promoção à saúde infantil e prevenção de agravos.

A utilização do genograma e ecomapa, como mostrado pelas docentes, possibilita identificar forças e problemas que extrapolam o ambiente familiar. O genograma, ao demonstrar a representação gráfica de dados sobre a família, permite a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros. O ecomapa, por sua vez, que se constituem em diagrama das relações entre a família e a comunidade, ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família (Rocha et al., 2002). Assim, o uso desses instrumentos na atenção à saúde da criança em todos os níveis de atenção possibilita à enfermeira conhecer toda a família, bem como sua interação com redes sociais, o que favorece o atendimento das necessidades de saúde e a integralidade da atenção.

Nesse contexto, também se constatou que as docentes que atuavam na atenção à criança hospitalizada demonstraram prática de atenção integral que envolvia família e cuidador no atendimento à criança. Entretanto, embora tenham destacado a importância de orientar os cuidados após a alta hospitalar, as docentes revelaram não existir nenhum contato do hospital com a rede de atenção básica para o encaminhamento da criança.

Entendendo-se que o ensino das ações de saúde que busca a integralidade deve garantir a continuidade da atenção à criança nos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde, o sistema de referência e

contra referência é imprescindível para a resolubilidade dos problemas apresentados pela criança. A integralidade, por esta visão é conseguida por uma boa articulação entre os serviços.

Nesse sentido, depoimentos de docentes revelaram dificuldade no encaminhamento de criança que necessitavam serviços especializados. Tais relatos evidenciam a precariedade da organização dos serviços, que comprova ser esta uma realidade na prática assistencial brasileira. Estudo de Silva e Ramos (2011) demonstrou a não existência de articulação da atenção hospitalar com a atenção básica para o encaminhamento da criança no momento da alta, evidenciando a dificuldade da prática da integralidade. Para Cecílio (2006), a contra-referência realizada após a alta hospitalar representa momento privilegiado para se trabalhar a integralidade da atenção à saúde.

Estudo de Vieira et al. (2010) objetivou identificar a rede social e o apoio social ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer, egresso da UTI neonatal. Este estudo revelou que na perspectiva da intersetorialidade, há uma vulnerabilidade nos encaminhamentos das famílias para os demais setores da sociedade, assim como, observou que não havia referência e contra-referência entre os serviços de atenção básica de saúde de seguimento do bebê.

Enquanto princípio do SUS, a integralidade depende de comunicação eficiente entre os níveis de atenção, que permita cuidar do indivíduo em sua totalidade, entendido como sujeito inserido em um contexto social e cultural, na medida em que se reconhece que a saúde possui um conceito mais amplo do que apenas ausência de doença (Cotta et al, 2007). Nesse contexto, o principal desafio à integralidade da atenção refere-se à dimensão sistêmica para uma atenção contínua, através de ações articuladas entre as unidades de saúde e entre os demais setores que têm interface com à saúde (Campos, 2003).

As aproximações e distanciamentos do ensino da saúde da criança com a integralidade da atenção revelam, portanto, que o caminho a ser

percorrido para garantir o princípio da integralidade é complexo. Para Mattos (2006, p. 43), ela é uma “bandeira de luta”, é uma imagem-objetivo para o qual vale a pena lutar e se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Apesar do ensino da saúde da criança contemplar riscos de adoecimento, as ações de promoção e prevenção da saúde e a atenção à criança doente, os conteúdos, mesmo orientados para o perfil epidemiológico nacional e local e para as políticas de atenção à saúde da população infantil, eram abordados de forma fragmentada em diversas disciplinas, compartimentados em blocos teóricos e práticos, com inserção pontual nos campos de prática e a maioria das vezes sem articulação entre as disciplinas.

De fato, constatou-se pouquíssima articulação entre as disciplinas, o que compromete a apreensão da abordagem total no atendimento à saúde da criança e conseqüentemente distancia a incorporação do princípio da integralidade na formação dos enfermeiros. Os resultados evidenciaram também hierarquização de saberes e conhecimentos de determinadas disciplinas que não permite a troca de saberes, tão pertinentes à integralidade.

Em relação à formação em graduação das docentes, observou-se que a maioria concluiu o curso entre 1973 e 1994, ainda sob a égide do Parecer nº 04/72, o que pode justificar em parte a manutenção do ensino fragmentado, pois a estrutura daquele currículo mantinha, entre outros equívocos, a fragmentação do eixo de formação compartimentando-a em três partes: tronco pré-profissional, profissional e habilitações. O tronco pré-profissional não previa a articulação das disciplinas básicas com as específicas de enfermagem; o tronco profissional abordava de forma insuficiente a saúde pública e privilegiava o enfoque tecnicista, funcionalista e da assistência ao indivíduo hospitalizado (Santos, 2003; Germano, 2003).

É importante destacar que os currículos em saúde tinham como base as recomendações do Relatório Flexner[1], que nos idos dos anos 1940 representava modelo de educação científica para a área da saúde. Segundo esse relatório, uma educação científica das profissões da saúde:

> teria base biológica, seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital. Essa educação científica foi adquirindo caráter instrumental e de habilitações para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e com o uso de equipamentos (Carvalho e Ceccim, 2010, p. 142).

Assim, constatou-se que a maioria das docentes entrevistadas tinha especialização em pediatria e áreas afins, o que sugere a não terminalidade da formação.

Entretanto, tal educação de caráter instrumental e recortada era determinada por conteúdos cristalizados em disciplinas, subdivididas em ciências básicas e ciências clínicas, área biológicas e área profissional. Certamente, essa concepção de formação determina uma prática pedagógica que considera o acesso à informação como construção do conhecimento, embasada numa visão de corpo, saúde, doença e terapêutica reduzida, partida e estática (Carvalho e Ceccim, 2010).

Esse modelo, no entanto, vem sendo discutido por ser considerado incapaz de promover uma formação que capacite os profissionais a responderem aos desafios colocados para a saúde no âmbito do SUS (Feuerwerker e Sena, 1999).

O curso de graduação de enfermagem, desde os primórdios, apresentava modelos de currículos mínimos obrigatórios, que surgiram para atender questões sociais e/ou políticas. O currículo mínimo até 1994, organizado em regime disciplinar, representava o conjunto de estudos e

[1] Em 1910, o pesquisador Abraham Flexner empreendeu estudos de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos. Depois, fez estudos comparativos entre Estados Unidos e Canadá e entre América do Norte e Europa. Concluiu que das 155 escolas médicas existentes, 120 apresentavam péssimas condições de funcionamento. Os relatórios de Flexner tiveram relevantes efeitos sobre as escolas existentes e, nas décadas seguintes, se tornaram padrão para o ensino em saúde (Pagliosa, 2008).

atividades correspondentes a um programa de formação a ser desenvolvido em período definido, com carga horária prefixada, composto por disciplinas consideradas obrigatórias para a profissionalização técnico-científica e por disciplinas eletivas, oferecidas com o objetivo de ampliar ou complementar os conhecimentos previstos para o respectivo curso. Esses currículos se apresentavam mínimo e fragmentado, não ofereciam por meio de suas disciplinas, a visão do todo do curso e do conhecimento uno, nem favoreciam a comunicação e o diálogo entre os saberes, pois as disciplinas, com seus programas e conteúdos não se integravam ou se complementavam, desfavorecendo a aprendizagem (Santos, 2003).

Em decorrência da nova LDB (Brasil, 1996b), esse arranjo disciplinar foi revisto, trazendo a partir de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e não mais o currículo mínimo. O estabelecimento dessas diretrizes desencadeou um processo de reformulações profundas nos cursos de formação superior, que deveriam substituir o elenco de disciplinas obrigatórias apresentadas pelos currículos mínimos, por competências[2] a serem desenvolvidas durante o curso, alterando substancialmente o modo de contextualizar o ensino superior (Ceccim e Carvalho, 2006).

Apesar disso, cinco dos oito cursos estudados ainda desenvolviam o ensino da criança sob a égide do currículo mínimo (Portaria nº 1.721/94), pois como descrito nos resultados, embora três deles já tivessem implantado o currículo novo, as disciplinas de saúde da criança ainda não tinham sido oferecidas e nos outros dois cursos, o Projeto Político Pedagógico ainda se encontrava em fase de discussão para atender as DCN.

Nos outros três cursos que já organizavam as disciplinas segundo as DCN, os conteúdos de saúde da criança eram ministrados em duas disciplinas, uma que contemplava o ensino da saúde da criança na atenção básica e outra na atenção hospitalar, em semestres distintos. Entretanto, como destacado, um dos cursos organizava as disciplinas em torno de uma matriz disciplinar e não em áreas temáticas como recomendam as DCN, que

[2] Habilidade de mobilizar diferentes capacidades para solucionar com pertinência e sucesso tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes contextos (Ribeiro e Lima, 2003).

visa implementar currículos integrados. Vistos como uma proposta inovadora para assegurar um percurso de aprendizagens que supere a excessiva fragmentação que tem caracterizado os currículos disciplinares (Fernandes, 2003).

Segundo Silva e Rodrigues (2008) a organização do curso em estrutura disciplinar não inviabiliza a articulação entre disciplinas, desde que o processo ensino-aprendizagem se constitua na articulação de conteúdos, na presença insubstituível do professor e na participação ativa dos alunos.

Para Tavares (2003), as disciplinas isoladas não dão conta de produzir respostas necessárias a um mundo que é composto de uma multiplicidade de fatores, que não são mutuamente excludentes e sim explicados uns em relações aos outros. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcende os limites disciplinares. Entretanto, a organização de disciplinas isoladas em seu planejamento e implementação, que leva à fragmentação de conteúdos em várias disciplinas e induz à repetição de conteúdos, como constatado no presente estudo, pode ser parcialmente justificada pela história dos currículos de enfermagem no Brasil e pela formação acadêmica das docentes em tais currículos.

Na perspectiva das docentes entrevistadas, a inserção de conteúdos de saúde da criança em várias disciplinas conduz à fragmentação e distancia a incorporação do princípio da integralidade no ensino. Uma docente destacou que o ensino na atenção básica era totalmente distinto do ensino na área hospitalar, sem contato entre as docentes. A repetição de conteúdos, várias vezes referida, evidencia a fragilidade da articulação entre as docentes, que indicaram, inclusive, ‘vaidade’ e ‘medo de perder espaço’ como justificativa para a não integração.

Esse modelo de organização, que prevê que alunos e professores dominem conteúdos e práticas de determinada disciplina, contribui decisivamente para a definição e legitimação daquilo que é considerado saber autêntico e aceitável. Em geral, poucos são os estudantes que conseguem vislumbrar algo que permita unir ou integrar os conteúdos ou os

trabalhos das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento.

Como referido, a falta de conversa entre as docentes de diferentes disciplinas leva à repetição de conteúdos. Para evitar tal situação, uma das docentes destacou que, após o planejamento separado das disciplinas, as docentes se reuniam apenas para informar os conteúdos ministrados que deveriam ser cobrados na prática, indicando a compartimentalização do conhecimento.

Nesse sentido, o que se observa é que cada disciplina é responsável por ministrar determinado conteúdo, o que impossibilita, na maioria vezes, o exercício da conexão entre os conhecimentos por parte dos alunos. Segundo Saippa-Oliveira et al., (2006), as disciplinas pensadas de modo compartimentalizado se constroem a partir de um paradigma reducionista e fragmentado que leva a uma visão reduzida e recortada de determinada temática. Isso impacta no perfil do profissional de saúde em formação e se reflete nas suas práticas de atenção à saúde.

Estudo de Rebouças (2007), que analisou a integralidade no processo de formação de enfermeiros, revelou que na perspectiva dos alunos, a compreensão da integralidade atrelava-se à articulação entre as disciplinas estudadas durante seu processo de formação, que se referia à necessidade de relacionar os vários conhecimentos estudados ao longo da graduação. Também Higuchi et al. (2011), ao analisarem a incorporação da estratégia AIDPI na prática profissional de egressos, constataram que a falta de integração entre as disciplinas levava o aluno a não fazer *links* importantes para a compreensão do todo.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1402), “o modelo hegemônico de ensino centrado em conteúdos, organizado de maneira fragmentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica” é comum na formação dos profissionais de saúde.

Esse caráter fragmentado e desarticulado do ensino superior é reafirmado por Pires (1998, p.174):

> Apesar da necessidade que vem sendo sentida, de integração entre as disciplinas, a realidade de ensino no Brasil, em todos os níveis, é a convivência cotidiana com uma organização de ensino fragmentada e desarticulada, em que os currículos escolares são constituídos por compartimentos estanques e incomunicáveis, que produzem uma formação humana e profissional de alunos e professores insuficiente para o enfrentamento de práticas sociais que exigem formação crítica e competente.

Entretanto, os docentes deixaram claro em suas falas, a importância em articular e integrar os conteúdos das diferentes disciplinas, que eram abordados em momentos distintos do currículo, com vistas a contemplar a integralidade da atenção à saúde da criança.

Nesse contexto, como forma de compreender a complexidade dos fenômenos, diminuir os efeitos negativos da fragmentação do conhecimento e oferecer assistência integral pela percepção do homem, em suas várias dimensões, o debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade tem ocorrido de maneira bastante intensa no preparo dos futuros profissionais de saúde, tanto na educação formal, quanto nas atividades do cotidiano dos serviços (Gattás, 2006; Gattás e Furegato, 2007).

A interdisciplinaridade tem sido indicada para superar o pensar simplificado e fragmentado da realidade e integrar conhecimentos em busca de uma unidade do saber e da superação dos currículos organizados por disciplinas e centrados em conteúdos. Essa seria uma atitude para integrar os diferentes campos do conhecimento e possibilitar uma visão global da realidade (Fernandes et al., 2005).

Para Maheu (2009), a interdisciplinaridade compreendida no contexto disciplinar, pressupõe a existência de inter-relações entre duas ou mais disciplinas e significa, portanto, a essência dessa relação.

No presente estudo, mesmo em curso de graduação com proposta de currículo integrado em conteúdos e práticas, evidenciou-se dificuldade para integrar diferentes disciplinas. A ‘interdisciplinaridade’ revelou-se apenas

como reunião entre docentes de diferentes disciplinas para evitar repetição de conteúdos e participação conjunta em aulas, a depender da 'vontade' do professor. Para Japiassú (1976)[3], essa forma de integração poderia ser caracterizada como uma atitude de pluridisciplinaridade. Tal relação supõe esforços de coordenação entre os professores das disciplinas no sentido de uma simples organização temporal (seqüencialidade ou simultaneidade) do processo de ensino-aprendizagem de determinados conteúdos programáticos (Japiassú, 1976; Fazenda, 1995).

De acordo com Santomé (1998, p. 72), mesmo uma estratégia de ensino que adote a perspectiva pluridisciplinar "permite que os alunos realizem mais facilmente operações de transferências de conteúdos e procedimentos, embora neste caso a intercomunicação se circunscreva a situações e fenômenos com certa semelhança". Também Masetto (2003) fala da importância de os professores das diversas disciplinas lecionadas no mesmo semestre, ou em semestres anteriores ou posteriores, se encontrarem para analisar as possibilidades de integração entre elas. Assim, assuntos se complementariam, temas não se repetiriam, experiências seriam exploradas conjuntamente.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade, que supõe trabalho contínuo de cooperação dos professores envolvidos, seria uma proposta certamente necessária para a reorganização do processo ensino-aprendizagem. Ademais, segundo Santomé (1998), alunos com uma educação interdisciplinar estão mais capacitados para enfrentar problemas que transcendem os limites de uma disciplina e para detectar, analisar e solucionar problemas novos.

Contudo, a interdisciplinaridade não está na junção de conteúdos, nem na junção de métodos, nem na criação de novos conteúdos e muito menos na junção de disciplinas. Segundo Fazenda (1995), a integração

[3] A interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, ligadas entre si pelo radical disciplina, têm em comum o fato de designarem diferentes modos de relação e articulação entre disciplinas ou um processo progressivo de integração disciplinar. Assim, a mutli e pluridisciplinaridade realizam apenas agrupamento de disciplinas, intencional ou não, de módulos disciplinares, sendo que a multi não tem nenhuma relação entre as disciplinas e a pluridisciplinaridade tem algum grau de relação que se caracteriza por certa cooperação (Japiassu, 1976).

entre os conteúdos de diferentes disciplinas não acontece de fora para dentro e a atitude interdisciplinar está contida nas pessoas que pensam o projeto educativo. É um processo construtivo, em que o sujeito cognoscente apropria-se dos objetos de conhecimento de modo a perceber as interconexões entre os mesmos, tornando-se assim, capaz de compreender a realidade, numa perspectiva de totalidade.

Nesse contexto, Japiassú (1976) aponta para a consideração da interdisciplinaridade, enquanto prática individual, como uma atitude de espírito, feita de curiosidade, abertura, senso de aventura e descoberta, e como prática coletiva, pautada pela abertura ao diálogo no trabalho em equipe.

Assim, a interdisciplinaridade pode ser tomada como uma possibilidade de quebrar a rigidez dos compartimentos em que se encontram as disciplinas nos currículos. No entanto, ela não deve ser vista como uma superação do isolamento das disciplinas, mas como uma etapa superior das disciplinas, que diz respeito à busca da integração para além da troca de informação sobre objetivos, conteúdos, procedimentos e compartilhamento de bibliografias entre os professores, pois é uma tentativa de maior integração dos caminhos epistemológicos, da metodologia e da organização do ensino (Pires, 1998).

Portanto, no ensino, a interdisciplinaridade é vista como um processo que envolve a integração e o engajamento dos professores. Trata-se de trabalho conjunto, com integração das disciplinas do currículo entre si e com a realidade. Ao se superar a fragmentação do ensino, chega-se à formação integral dos alunos para que assim exerçam criticamente a cidadania, mediante uma visão global do mundo que favorece o enfrentamento de problemas complexos (Gattás e Furegato, 2007).

Neste estudo, as docentes também revelaram a dificuldade do trabalho interdisciplinar, quando se trata de integrar departamentos diferentes. Estudo de Silva e Sena (2006), realizado com docentes para compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado em

saúde, destacou a fragmentação da estrutura organizacional em departamentos como entrave à integração das ações pedagógicas. De fato, para Vasconcelos (2002), o arcabouço das IES, organizado em faculdades e departamentos que não se comunicam, impede o desenvolvimento de uma cultura acadêmica que desenvolva e compartilhe o trabalho de forma interdisciplinar.

Para Gattás (2006), a compartimentalização do ensino contribui de maneira importante para a fragmentação do conhecimento, em partes menores, representadas pelas disciplinas. Assim, a estrutura administrativa das instituições dividida em departamentos fragmenta o conhecimento e dificulta a interdisciplinaridade, a articulação entre disciplinas afins, a troca de experiência entre as áreas e a aproximação entre professores e alunos.

Morin (2004. p 14) destaca que o retalhamento das disciplinas torna impossível “aprender o que é tecido junto, o ensino que fragmenta o indivíduo em pedaços fraciona os problemas, unidimensionaliza o multildimencional”. Desse modo, diminuem-se as possibilidades de compreensão e de reflexão e eliminam-se as oportunidades de intervenção, pela incapacidade de se pensar a multidimencionalidade dos problemas.

Fala-se, portanto, no enfoque interdisciplinar como uma prática pedagógica para superar a concepção fragmentadora do conhecimento. Para tanto, deve-se articular e produzir coerência entre os múltiplos fragmentos, a partir da integração entre as disciplinas (Lück, 2010).

Gattás e Furegato (2007) mostraram que os primeiros esforços de professores que se propõem ao trabalho interdisciplinar devem começar pela formação de uma equipe e pelo diálogo entre os membros dessa equipe. A construção de um processo de comunicação entre os professores deve acontecer por meio de encontros e desencontros, hesitações e dificuldades, avanços e recuos, de forma que não há uma receita para a construção interdisciplinar.

A prática da interdisciplinaridade é uma maneira de articular pessoas e conhecimentos, com vista à percepção do ser humano na sua

integralidade. Assim, a adesão a um projeto interdisciplinar carece de transformações, de desconstrução e reconstrução do que é apresentado tradicionalmente no ensino. Suas ações trazem implícito o processo de aprender a aprender e o de aprender a conviver. O ponto fundamental do trabalho interdisciplinar, de concepção teoria ou prática é a troca de conhecimentos que se estabelece no interior das interações, enriquecendo os conhecimentos e ampliando os campos de visão dos profissionais envolvidos (Gattás e Furegato, 2007).

Para as docentes entrevistadas, a integração das disciplinas é fundamental para a incorporação da integralidade da atenção no ensino de saúde da criança. No entanto, os resultados do estudo mostraram fragilidade da articulação entre as docentes das disciplinas até por questão de vaidade ou medo de perder espaço. Nesse sentido, é oportuno refletir a interdisciplinaridade como atitude de reciprocidade que impele à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares distintos ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvelar novos saberes; atitude de desafio diante do novo; atitude de responsabilidade, envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas (Fazenda, 1995).

A fragmentação dos conteúdos nas diversas disciplinas também dificulta a integração entre o ensino teórico e sua utilização nas atividades práticas, e conseqüentemente os resultados esperados no perfil de formação desejado. Nesse sentido, a interdisciplinaridade poderia contribuir para a melhoria da qualidade do ensino da saúde da criança com vistas à superação contínua da fragmentação. Para isso é fundamental que haja diálogo entre as docentes das diferentes disciplinas, eliminando-se barreiras e também para que haja a integração entre o conhecimento teórico e prático. Assim, segundo Gattás (2006) a interdisciplinaridade no ensino em saúde implica na integração disciplinar, em torno de problemas oriundos da realidade de saúde, onde os conteúdos das disciplinas que auxiliam na compreensão daquela realidade interagem dinamicamente estabelecendo entre si conexões e mediações.

No presente estudo, verificou-se que o ensino prático era desenvolvido em diversos campos e se organizava em graus crescentes de complexidade, sendo distribuído em todos os níveis de atenção do SUS, o que favorece a incorporação do princípio da integralidade na atenção à saúde da criança. Contudo, os depoimentos das docentes evidenciaram que o ensino prático era fragmentado, da mesma forma que o ensino teórico, e pontual, o que na fala de uma docente dificulta a compreensão do cotidiano da unidade de saúde pelo aluno e leva a uma prática descontextualizada da realidade.

Embora a análise dos planos de ensino mostrasse que na maioria dos cursos, a carga horária prática era maior que a teórica, as docentes consideraram insuficiente o tempo de permanência dos alunos nos campos de prática e manifestaram preocupação em relação à inserção pontual, aspectos que na opinião delas dificultam a aplicação dos conhecimentos adquiridos na teoria. Constata-se, portanto, que o campo era utilizado para a prática dos conhecimentos teóricos, e não como meio de apropriação da realidade da população infantil.

Para Macêdo et al. (2006), é na prática que os docentes e alunos têm oportunidade de articular a formação com as atividades desenvolvidas nos serviços, porém a integração entre teoria e prática é complexa, pois há que se buscar não só o diálogo entre as disciplinas, mas também destas com o mundo exterior, com vistas à construção do conhecimento na perspectiva da integralidade (Feuerwerker, 2003).

A questão da relação teoria-prática não é objeto de preocupação exclusiva dos educadores e tem estado presente ao longo da história do pensamento humano. Apesar de afetar todas as áreas do conhecimento, sua problemática é particularmente maior nos campos que incidem diretamente sobre as práticas sociais como a enfermagem, medicina, serviço social, direito, etc (Candau e Lelis, 2005). Segundo esses autores, são muitas as formas de conceber a relação teoria e prática que podem ser agrupadas em dois esquemas: visão dicotômica e visão de unidade.

> A visão dicotômica está centrada na separação teoria e prática. Que assume sua forma mais radical na visão dissociativa, nesta, teoria e prática são componentes opostos. Dentro deste esquema, corresponde aos “teóricos“ pensar, elaborar, refletir, planejar e, aos “práticos”, executar, agir, fazer. Já na visão associativa, teoria e prática são pólos separados, mas não são opostos, estão justapostos. O primado é da teoria. A prática deve ser uma aplicação da teoria. [...] Uma das concepções atuais de maior importância e que parte de uma visão associativa é a positivo-tecnológica.
>
> A visão de unidade está centrada na vinculação, na união entre teoria e prática. Esta unidade é assegurada pela relação simultânea e recíproca, de autonomia e de dependência de uma em relação com a outra. [...] Neste enfoque, a teoria não mais comanda a prática, não mais a orienta no sentido de torná-la dependente das idéias, como também não se dissolve na prática anulando-se a si mesma. [...] O primado é da prática, com a diferença de que esta prática implica em um grau de conhecimento da realidade que transforma, e das exigências que busca responder. Este conhecimento da prática é fornecido pela teoria, tendo a prática, por conseguinte elementos teóricos (Candau e Lelis, 2005 p. 60-63).

A idéia de que primeiro o aluno domina a teoria para depois entender a prática e a realidade, apreendida nos depoimentos das docentes deste estudo, revela segundo Cunha (1998), a prática como comprovação da teoria e não como sua fonte desafiadora. Além disso, continua o autor, com essa atitude trabalha-se com o conhecimento do passado, com a informação que a ciência já legitimou, nunca com os desafios do presente ou com o conhecimento empírico que pode levar para o futuro.

Assim, considerando os conceitos propostos por Candau e Lelis (2005), pode-se apreender nos depoimentos das docentes, que a relação teoria e prática mostrada neste estudo corresponde à visão associativa, quando o aluno vai à prática aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos. Tanto os currículos quanto as práticas pedagógicas do ensino superior mostram uma concepção linear de ensino-aprendizagem do teórico para o prático: primeiro o aluno se apropria da teoria e depois aplica.

Moretti e Bueno (2009), em sua pesquisa sobre a relação docente-discente em enfermagem e problemas na formação para o SUS, ratificaram o cenário de dicotomia entre teoria e prática e fragmentação de disciplinas

que contribui para o distanciamento da integralidade no ensino. Nesse cenário, os alunos explicitaram a necessidade de reorganização do curso por acreditar que ‘aprender fazendo’ é o caminho para romper com o ensino centrado em conteúdos teóricos, articulado de maneira incoerente com a prática e com pouca participação dos alunos. Também o estudo de Silva e Sena (2006) mostrou que as atividades de ensino-aprendizagem descontextualizadas e parcializadas nas disciplinas, e a dicotomia teoria (antes) e prática (depois) eram obstáculos para a participação ativa do aluno na construção do conhecimento.

Entretanto, há que se considerar que quase a totalidade das docentes entrevistadas tinha sido formada no modelo curricular fragmentado, que privilegiava o enfoque tecnicista e hospitalar, o que pode justificar o ensino fragmentado da teoria dissociada da prática.

Para Fernandes et al. (2005), a articulação entre teoria e prática deve pressupor ações pedagógicas que, ultrapassando os muros da academia, indicam a necessidade da inserção do aluno em realidades concretas, fazendo com que a formação seja centrada na prática, numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho. Entretanto, essa articulação deve se dar através de um processo que possibilite o teorizar a partir da prática nos vários espaços onde acontece o trabalho da enfermagem: comunidade, equipe de saúde da família, escolas, creches serviços de saúde da rede básica e da rede hospitalar.

Os resultados deste estudo mostraram que o ensino prático em unidades básicas de saúde, hospitais, domicílios e creches era desenvolvido para que os conhecimentos adquiridos na teoria fossem aplicados na prática. Para Macêdo et al. (2006), essa forma de inserção na prática demonstra a utilização dos espaços dos serviços de saúde como treinamento de habilidades e familiarização com as rotinas dos serviços. Para essas autoras, aprender atuando na rede de serviços de saúde deve permitir que o aluno se aproprie da realidade e exercite seu potencial criativo de articulação entre saberes e práticas, aliando o pensar-fazer. O que

importa não é a utilização do conhecimento acumulado, mas sim a possibilidade de ação, a capacidade de se recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja.

Desse modo, os cenários de aprendizagem não devem se limitar aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalhos-tarefa, mas representar espaços em que as relações inter e intrapessoais dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas, que possibilitem a inclusão do aluno ao processo de produção de serviço. Esses espaços deverão ter como um dos objetivos fundamentais, o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem na realidade dos serviços de saúde e da comunidade (Tanji et al, 2010). Estudo de Fagundes e Burnham (2005, p. 110) revelou que a percepção da prática, apenas como local de reconhecimento de problemas já traduzidos instrumentalmente, visando o consumo cognitivo de algum conteúdo, deixa de lado a capacidade de pensar, “de desentranhar o sentido de uma experiência nova e os caminhos de uma ação por fazer.”

Nesse sentido, conhecer a realidade das crianças *(in loco*) na família, no domicilio e nas creches aproxima o ensino da integralidade. Entretanto, as experiências de ensino-aprendizagem no campo da prática não devem se resumir à observação da realidade (problema) e à comprovação da teoria, mas buscar hipóteses de solução aplicadas à realidade (prática). Acredita-se que a partir da problematização da realidade é possível a participação ativa do aluno no contexto real, possibilitando-o apreender as necessidades ampliadas de saúde das crianças que buscam os serviços.

De fato, como afirma Mattos (2006), cada vez que o profissional a partir da demanda programada, estrutura seu atendimento, pelas ações já definidas, ele corre o risco de romper o principio da integralidade, tendo em vista que a integralidade da atenção opõe-se a prática reducionista de só olhar a motivo que levou a criança ao serviço de saúde

O amplo contato com a realidade da criança pressupõe uma estreita parceria entre a universidade e os serviços de saúde, entendendo-se que é

pela reflexão e teorização, a partir de situações da prática, que deve se estabelecer o processo de ensino-aprendizagem.

Tanji et al. (2010), em estudo sobre a integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros mostraram que a inserção dos alunos nas unidades de saúde fica somente na responsabilidade do professor, e que os serviços não recebem as informações para entender o processo ensino-aprendizagem, gerando atitudes desfavoráveis ao ensino. Esse resultado vem comprovar a necessidade de aproximação do ensino com os serviços e demonstra a existência de uma lacuna de comunicação entre esses dois universos complexos que nem sempre dialogam de modo harmonioso.

Ao longo da história da formação em saúde no Brasil, em especial nos cursos de Enfermagem e Medicina, os estágios desenvolvidos em campos de prática têm caráter obrigatório nos currículos. Nesse contexto, o ato de levar os alunos aos serviços de saúde reflete a noção de cenários de treinamento em habilidades e familiarização com rotinas, uma vez que esse ato não faz com que esses serviços se constituam cenários de aprendizagem. Para que sejam cenários de aprendizagem esses lugares devem proporcionar a construção do conhecimento e devem proporcionar vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários (Macêdo et al., 2006).

Assim, os chamados “campos de estágio”, pensados como cenários de aprendizagem, precisam gerar a possibilidade de confronto entre os diferentes modos de cuidar e organizar a atenção, não se tratando de buscar cenários ou modelos ideais, mas as melhores oportunidades de problematização da atenção à saúde, em que o aluno tenha a oportunidade de se articular com outros profissionais e exercitar a negociação e interlocução com os outros envolvidos no processo de assistir em saúde (Macêdo et al., 2006).

É importante que as instituições de ensino e de saúde estabeleçam relações que ultrapassem os limites impostos pela lógica utilitária, ainda

predominante, que não contribuem para que o aluno construa um olhar deslocado de uma prática centrada no procedimento, para outra na qual o usuário possa ocupar o centro de preocupação das ações e do ordenamento dos processos de trabalho e de ensino (Henriques, 2003).

Considera-se fundamental que o aluno vivencie durante sua formação profissional, experiências diversas que os vários locais de ensino-aprendizagem lhes proporcionam, como revelados neste estudo. Entretanto, uma das mais complexas questões pedagógicas é a relação teoria e prática. As práticas em laboratórios, a prática depois da teoria e os estágios nos finais do curso não superam a dicotomia teoria-prática. As práticas laboratoriais buscam integrar a teoria e a prática por meio de demonstração ou aplicação de conhecimentos teóricos já adquiridos, artificializando o processo de trabalho e a construção do conhecimento. Os estágios no final da teoria ou no final do curso, não oferecem oportunidade pedagógica de integração, uma vez que depois dele nem sempre há tempo para discussão, reflexão e retomada do processo de aprendizagem (Nascimento et al, 2003).

Para Werneck et al. (2007), estágios supervisionados em escolas, creches, asilos, hospitais, internato em saúde coletiva ou internato rural, embora possam ser bastante válidos sob alguns aspectos, de modo geral não possibilitam a formação do perfil do profissional segundo as DCN definidas para os cursos da saúde. Isto porque não é possível, por meio de atividades pontuais e isoladas no currículo, estabelecer um compromisso social, já que o envolvimento costuma ser de curta duração (Werneck et al., 2007).

As docentes deste estudo mostraram que a inserção nas práticas ocorria após o ensino teórico, para que o aluno tivesse vivências, experiências e assim adquirisse habilidades para atuar na atenção à saúde da criança. Entretanto, segundo algumas falas isso nem sempre era possível, pois determinados atendimentos podiam não ocorrer no campo exatamente nos dias das aulas práticas.

A inserção nos campos de forma pontual, como referido nos depoimentos, não garante a vivência da realidade dos serviços de saúde nem permite a proposição de intervenções construídas em parceria ensino-serviço, fundamental para incorporação da integralidade (Werneck et al., 2007).

Para que a integração teoria-prática aconteça de maneira efetiva, é necessário que todos os envolvidos na formação (docentes, alunos e profissionais do serviço) entendam e vivenciem a horizontalização dos saberes, e cada um deve desenvolver seu trabalho de modo a articular conhecimentos complementares e desenvolver habilidades técnicas e políticas com vistas a atender as necessidades da população (Chiesa et al., 2007).

Muitas experiências inovadoras desenvolvidas nas décadas de 1970 e 1980 tiveram como elemento central a diversificação dos campos de ensino-aprendizagem através da Integração Docente-Assistencial (IDA). Algumas dessas experiências foram importantes no processo de formação, porém a maioria teve pouco impacto por conta de vários problemas. Um deles referiu-se ao tipo de relação estabelecida entre a universidade e os serviços: a universidade usava os serviços para realizar as atividades que ela mesma priorizava; gerava demandas que não se sustentavam nos períodos de férias; não levava em conta as necessidades identificadas pelos serviços; e não incorporava seus profissionais em nenhuma etapa do processo. Desse modo, a universidade descaracterizava o espaço dos serviços como local de produção para, unilateralmente, transformá-lo em espaço privilegiado de aprendizagem (Feuerwerker, 2002).

O estudo de Pereira e Francolli (2009) mostrou que a integração só ocorre quando o profissional do serviço de saúde se propõe a acompanhar as atividades práticas do aluno, ou quando esse profissional é contratado para atuar na Unidade de Saúde por ‘gostar’ de receber alunos. As autoras destacam, ainda, que a articulação ensino/serviço, que integra teoria e prática, só é possível a médio e longo prazo a partir do processo já

delineado no interior de alguns espaços de produção de saúde, pois requer a construção de relações que considerem a indissociabilidade entre o processo de formação e o contexto das práticas cotidianas.

Por outro lado, as transformações nos perfis demográficos e epidemiológicos, a evolução do conhecimento e as mudanças no processo de trabalho em saúde, tendo como perspectiva o equilíbrio, entre a excelência técnica e a relevância social, atrelada às novas DCN para os cursos de saúde, têm levado as instituições formadoras a repensar suas práticas pedagógicas (Mitre et al., 2008).

Na atualidade, as políticas de educação e saúde vigentes tentam estimular a formação com eixo na integralidade para substituir o modelo tradicional da organização da atenção à saúde.

Nesse contexto, a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)[4] buscou intervir no processo formativo e propôs que a graduação desloque o atual eixo da formação, centrada na assistência individual, prestada em unidades especializadas, por um processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população. Dessa forma, pretende-se preparar os profissionais/egressos para a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença na comunidade e em todos os níveis do SUS, conforme as diretrizes de universalização, eqüidade e integralidade (Brasil, 2005).

Esse encaminhamento pressupõe a construção efetiva da integração ensino-serviço, que envolve tanto a atenção básica quanto os outros níveis de atenção, aproveitando amplamente a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos serviços próprios das IES - hospitais universitários, ambulatórios especializados, clínicas odontológicas e outros - funcionalmente integrados ao SUS. Esses serviços devem estar

[4] O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) lançado em 2005 pelo MEC, reconhece o processo de formação em saúde como um componente para a qualificação da força de trabalho e para a efetivação da política nacional de saúde. Esse programa tem como objetivo, promover a integração ensino/serviço para a reorientação da formação profissional numa abordagem integral e contextualizada do processo saúde/doença. (Brasil, 2005; 2007).

inseridos em um adequado sistema de referência e contra-referência, essencial para a atenção à saúde com qualidade e resolubilidade. Acredita-se que a interação recíproca entre os gestores do sistema educacional e do SUS vai permitir a criação das condições reais para o aproveitamento de ambos os sistemas, com melhor qualidade técnica na atenção e no processo ensino-aprendizagem (Brasil, 2005).

Para o desenvolvimento do Pró-Saúde são propostos três eixos, cada um deles com três vetores específicos:

> **orientação teórica**: determinantes de saúde e doença, pesquisa reajustada à realidade local e educação permanente; **cenários de prática**: integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção e integração dos serviços próprios da IES com os serviços de saúde; **orientação pedagógica**: integração ensino básico e clínico, análise crítica dos serviços e aprendizagem ativa (Brasil, 2005, p. 17 grifo nosso).

Dessa forma, de acordo com o Pró-Saúde, a proposta curricular em relação a orientação teórica deve considerar os aspectos epidemiológicos, o entorno e as necessidades de saúde local e regional, a integração, o diálogo freqüente entre os docentes de disciplinas biológicas, clínicas e sociais para a análise de questões de interesse mútuo e articulação com igual prioridade aos aspectos relativos à promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem (Brasil, 2005). Os cenários de prática, por sua vez, poderão desenvolver-se em ambulatórios nas comunidades e nos domicílios. Portanto devem ser diversificados, agregando-se aos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários. A interação do aluno com a população e com os profissionais de saúde deve ser ativa desde o início do processo de formação. Isso proporcionará ao aluno “trabalhar com os problemas reais, assumindo, assim, responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados compatíveis com o seu grau de autonomia” (Brasil, 2005, p.20). Nessa proposta, a orientação pedagógica pressupõe metodologias ativas de ensino-aprendizagem, adota o aprender fazer que busca superar a clássica seqüência teoria-prática na produção do conhecimento (Brasil, 2005).

De acordo com Mitre et al. (2008), as metodologias ativas de ensino-aprendizagem permitem formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades.

Contudo, o modelo tradicional de ensino-aprendizagem ainda é bastante presente nas escolas de enfermagem e como já destacado, muitas docentes foram formadas pela pedagogia tradicional, onde o foco era o conteúdo, o que dificulta a ruptura e a superação desse modelo.

Quando há predomínio das concepções tradicionais de educação e de saúde, as mudanças no ensino tendem a ser pontuais, com pequenas mudanças em disciplinas, em algum conteúdo ou carga horária, porém as relações de poder seguem intocadas, assim como o papel dos professores e alunos na relação ensino-aprendizagem (Feuerwerker, 2002), como constatadas no presente estudo.

Nos últimos anos, vários autores têm demonstrado em seus estudos que a melhor forma de desenvolver habilidades crítico-reflexivas é o ensino através do enfoque problematizador, que busca a construção do conhecimento por meio de apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo ensino-aprendizagem. Duas propostas são identificadas na dimensão problematizadora do processo ensino-aprendizagem: a Pedagogia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) (Batista et al., 2005).

O enfoque problematizador pode ser utilizado como norteador de todo o currículo ou apenas em uma disciplina. A pedagogia da problematização tem sido adotada em alguns currículos de enfermagem com resultados positivos (Santana, 2007; Semim et al., 2009). Na problematização o processo de ensino-aprendizagem parte da observação da realidade (problema) para identificação das variáveis mais determinantes da situação

(pontos-chave) e após teorização propor soluções (hipóteses) e aplicá-las na realidade (Bordenave e Pereira, 2010). Nesse referencial, os alunos são sub-divididos em pequenos grupos coordenados por docentes que têm o papel de facilitar o processo ensino-aprendizagem, aproximando o aluno da prática profissional, no sentido de estimular a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, com autonomia e responsabilidade, o que supõe papel ativo e participativo do aluno (Pereira, 2003).

Para Aguiar e Ribeiro (2010), a idéia de que primeiro se aprende o conhecimento (teoria) para depois aplicá-lo é questionável, na medida em que a contextualização intrínseca à aplicação já transforma o conhecimento. Entretanto, ser capaz de aplicar um conhecimento em um contexto não significa necessariamente ser capaz de aplicá-lo em outro; ao contrário cada contexto significa uma aprendizagem, e em cada experiência transformam-se também as idéias e os sujeitos.

Para que ocorra uma verdadeira articulação entre a teoria e a prática é preciso combater essa dicotomia e afirmar que a formação é uma só, teórica e prática ao mesmo tempo, assim como reflexiva, crítica e criadora de identidade (Perrenoud, 1999). Nesse sentido, a formação deve acontecer em diferentes espaços e tempos escolares, nas aulas e nos seminários, e nos diferentes ambientes que envolvem profissionais de diversas áreas trabalhando conjuntamente, demonstrando a necessidade da multi e interdisciplinaridade.

Alguns cursos estão revendo princípios que julgavam inquestionáveis, na relação teoria e prática, como por exemplo, “não se pode ir à prática sem antes dominar toda teoria necessária”. A interação teoria-prática é fundamental para a aprendizagem, mas precisa acontecer na prática e não se deve ir a ela para realizar uma prática conforme o padrão estabelecido pela teoria. Assim, deve-se ver como a teoria se comporta na situação real, ou seja, a teoria poderá ajudar a resolver o problema, poderá sofrer adaptações, ou mesmo poderá exigir nova pesquisa, ou seja, a teoria não foi suficiente para resolver a situação vivida (Masetto, 2003).

Bordenave e Pereira (2010) entendem aula teórica como aquela em que o aluno é convidado a participar de um processo de “teorização”, isto é de reflexão sobre um determinado problema, com ajuda das ciências e da pesquisa. E aula prática não é só para aplicar o que foi aprendido previamente na aula teórica. Ambos são erros conceptuais herdados de uma teoria da educação, na qual aprendizagem sempre começa com o pensamento e termina com a ação.

A formação do enfermeiro sempre esteve fundamentada na teoria e na prática, sendo o campo de prática o local de busca de concretização dessa ligação. Desde a implantação do Sistema Nightingale de ensino de enfermagem no país na década de 1920, o ensino teórico e prático foi preconizado como princípios para a educação de enfermeiras. Naquele currículo, com um curso de três anos de duração, as alunas recebiam instruções teóricas e práticas em oito horas de serviço diário, o que poderia parecer um período longo, mas em menos tempo não seria possível a aquisição de prática, destreza manual, poder de observação, iniciativa e capacidade de decisão (Paixão, 1979; Nascimento et al., 2003).

Portanto, o ensino de enfermagem caracterizou-se, desde sua origem pelo domínio da técnica e da destreza manual. Daí a manutenção do aluno por longo tempo nos campos de estágio, consolidando-se a idéia da necessidade do enfermeiro dominar esses saberes e que o tempo era fundamental para essa aprendizagem (Nascimento et al., 2003). Percebe-se que a valorização de procedimentos de enfermagem nesse modelo de ensino não possibilitava ao egresso profissional/enfermeiro a apreensão e a prática voltadas para a integralidade, visto que lhe faltava competências indispensáveis (político-gerenciais, educacionais e de cuidado à saúde). O aprender a fazer relacionava-se apenas à execução de procedimentos. Hoje, a discussão sobre a formação do enfermeiro deve levar em consideração que esta não deve se resumir a uma questão técnica. Formar o enfermeiro deve envolver múltiplas dimensões da vida humana - intelectual, afetiva, social, ética, cultural, política -, enfim envolve conhecimentos de várias áreas e interação teoria e prática (Nascimento et al., 2003).

Segundo Fernandes et al. (2003), para enfrentar esse desafio, as ações pedagógicas devem buscar o equilíbrio entre teoria e prática para a construção das competências, estimulando docentes e discentes à busca de novos conhecimentos em resposta às questões colocadas pela prática. Essas ações apontam para o princípio de que o aprender começa do fazer, para poder saber fazer e ser capaz de refazer. O conhecimento, como representações da realidade, é construído no decorrer das experiências vividas e no processo de formação. Já as competências, consistem em capacidades para utilizar esses conhecimentos, integrá-los ou mobilizá-los, visando a resolução dos diversos problemas enfrentados no cotidiano. Elas dizem respeito ao saber agir e transformar a prática, através da identificação e mobilização de conhecimentos que darão suporte para a solução de problemas (Fernandes et al., 2005).

Portanto, fica o desafio para a equipe docente assumir o compromisso do trabalho conjunto, docentes, alunos e serviços, no sentido de pensar um novo ensino, cujo objetivo central seja a compreensão crítica da realidade de saúde da criança e a interrogação sobre a capacidade de respostas das práticas aos problemas de saúde da população infantil. Entende-se que esse agir possibilita a incorporação da integralidade como dimensão das práticas.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Este estudo se propôs a analisar se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros a partir da análise dos planos de ensino e na perspectiva de docentes.

O estudo, realizado com 16 docentes envolvidas com o ensino da saúde da criança, na atenção básica e hospitalar, em oito instituições públicas de graduação em enfermagem, permitiu o alcance do objetivo proposto.

A análise dos dados evidenciou quatro categorias que aproximam o ensino da saúde da criança com o princípio da integralidade: ‘a gente trabalha a questão das políticas públicas’; ‘atuação na atenção básica, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado’; referência e contra-referência ainda é uma meta, mas o aluno tem que saber que existe’; ‘criança inserida na família e no contexto histórico, social e epidemiológico’. Duas categorias referiram-se a distanciamento do ensino com o princípio da integralidade na atenção à saúde da criança: ’primeiro vem o conteúdo teórico e depois vem a prática’; ‘a gente tem que integrar’.

Os resultados mostram, portanto, aproximações e distanciamentos na incorporação da integralidade no ensino da saúde da criança.

Nos cursos estudados, evidenciou-se que o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação dos enfermeiros, nos aspectos concernentes aos conteúdos teóricos. Os planos de ensino têm como base as políticas e programas de atenção à saúde da criança e incluem ações de promoção, prevenção e recuperação em todos os níveis de atenção. Nesse aspecto, o ensino caracteriza-se por uma concepção ampliada do processo saúde-doença e do ser humano inserido nesse processo, o que permite a compreensão da criança inserida em sua família, e comunidade.

O estudo mostrou também que o ensino da saúde da criança se insere em campos de prática diversificados que incluem atenção básica, hospitalar, creches e domicílios que permite ao aluno cuidar da criança sadia e doente nos diferentes níveis de complexidade e em diferentes contextos, o que além de aproximar o aluno da realidade da criança e sua família, favorece a incorporação da integralidade. No que se refere à garantia da continuidade da atenção, embora a realidade da referência e contra-referência nem sempre esteja presente, entende-se que o aluno deve compreender sua importância para a garantia da atenção integral.

O ensino teórico-prático, no entanto, ainda se mostra fragmentado e pontual. Organiza-se em disciplinas que não se integram e com a teoria dissociada da prática. Assim, não há integração entre as diversas disciplinas, nem entre as instituições de ensino e os serviços, o que compromete a apreensão da abordagem total no atendimento às necessidades da criança, tão pertinente à integralidade.

A inserção nas práticas ainda ocorre somente após o ensino teórico para que o aluno tenha experiência e assim adquira habilidades. A idéia de que primeiro o aluno deve dominar a teoria para depois ir para a prática revela que o campo prático é utilizado para comprovação da teoria e não como sua fonte desafiadora. Também a inserção pontual do aluno no campo dificulta sua articulação com o cotidiano dos serviços e com o contexto social, comprometendo-se a incorporação da integralidade na formação dos enfermeiros.

Em síntese, após análise dos planos de ensino, entrevistas com docentes de cursos tradicionais de graduação em enfermagem e diálogo com os autores convocados para a discussão, pode-se afirmar que há contradição entre o que se propõe nos documentos pedagógicos e o que se efetiva na prática pedagógica. Nos cursos estudados, evidenciou-se que o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade nos aspectos concernentes aos conteúdos teóricos. Entretanto, pode-se afirmar que há contradição entre o que se propõe nos documentos pedagógicos e o

que se efetiva na prática pedagógica. Dessa forma, conclui-se que na prática pedagógica do ensino da saúde da criança, aproximações e distanciamentos do princípio da integralidade dificultam sua incorporação na formação do enfermeiro.

Ao finalizar este estudo, considera-se pertinente indicar as seguintes recomendações, com vistas a contemplar a finalidade do presente estudo, qual seja, o aperfeiçoamento do ensino da atenção à saúde da criança na formação dos enfermeiros: a) necessidade de ruptura e superação do modelo tradicional que ainda persiste na organização dos currículos em disciplinas estanques, com pouca ou nenhuma integração, que fragmentam o conhecimento; b) busca de estratégias que possibilitem diálogo permanente entre as disciplinas do currículo; c) construção de práticas pedagógicas que favoreçam a articulação entre conhecimentos teóricos e conhecimentos pautados na experiência, o que significa inverter a seqüência clássica teoria-prática, em busca de novos conhecimentos construídos a partir de situações da prática; d) articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para que o aluno possa efetivamente vivenciar o cotidiano dos serviços na perspectiva de uma atuação conjunta que contribua tanto para a formação, como para provocar mudanças nas práticas profissionais.

Referências bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar AC, Ribeiro EC. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. Rev bras educ med. 2010; 34(3):371-8.

Almeida MCP. A enfermagem e as políticas de saúde. Escola Anna Nery Rev Enferm 1997;1(esp):53-62.

Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):583-95.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70, 2000.

Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev. Saúde Públ. 2005;39(2):231-7.

Benguigui Y. Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington: OPAS, 1997.

Benguigui Y. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): an innovative vision for child health care. Rev Bras Saúde Mater Infant 2001;1(3):223-36.

Benguigui Y. A Situação de Saúde da Criança na América Latina e a Implantação da Estratégia AIDPI. In: Grisi S, Okay Y, Sperotto G. Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDPI. OPAS, Washington, 2005.

Bernardino E, Oliveira E, Ciampone MHT. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. Rev Bras Enferm, 2006;59(1):36-40.

Bordenave JED, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

Brasil, Ministério da Saúde. Centro de Documentação. Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas, Brasília, 1984.

Brasil, Legislação. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [lei na internet]. [acesso em 29 set 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao.htm

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [lei na internet]. [acesso em 29 jan 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único da Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências [lei na internet]. [acesso em 29 jan 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

Brasil. Ministério da Saúde. PSF: saúde dentro de casa. Brasília, 1994.

Brasil, Ministério da Educação. Portaria nº. 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de enfermagem. Diário Oficial da União, 16 dez 1994;Seção 1.

Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996a. Aprova as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. [documento na internet]. [acesso em 06 jul 2009]. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm

Brasil. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996b. Estabelece a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB [lei na Internet]. [acesso em 17 out 2007]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [documento na internet]. [acesso em 06 ago 2009]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, 2004. [documento na internet]. [acesso em 06 ago 2009]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, 2005. [documento na internet]. [acesso em 25 abr 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. 2007. [documento na internet]. [acesso em 25 abr 2011]. Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf

Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev. Saúde Públ. 2005;39(2):231-7

Cabral IE; Aguiar RCB. As Políticas de Atenção à Saúde da Criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. Rev. enferm. UERJ. 2003;11:285-91.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2003;8(2):569-84.

Candau VM, Lelis IA. A relação teoria-prática na formação do educador. In: Candau VM. Rumo a uma nova didática. 16ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2005. p. 56-72.

Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(3):675-85.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior,Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fio Cruz, 2010 p. 137-86.

Castanho ME. Professores de Ensino Superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. Interface – Comunic., Saude, Educ. 2002;6(10):51-61.

Castro M, Pereira WC. Cuidado Integral: concepções e práticas docentes de enfermagem. Rev Bras Enferm, 2011;64(3):486-93.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública 2004;20:1400-10.

Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006 p. 69-92.

Ceccim RB. A Integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida. BoletIN Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [periódico na Internet]. [acesso em 16 de maio de 2011]. Disponível em: http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=179&sid=25

Cecílio CO. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na luta pela integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R. Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2006.

Cecílio CO. Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R e Mattos R, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007 p. 99-212.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007;12(2):236-40.

Chiesa AM, Faria LS, Bertolozzi MR. A determinação social do processo saúde-doença e a vigilância à saúde, In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri-SP: Manole, 2009. cap 1. p.1-24.

Costa LM, Germano RM. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. Rev Bras Enferm, 2007;60(6):706-10.

Costa RKS, Miranda FAN. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. Rev Bras Enferm, 2009;62(2):300-4.

Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira BR. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Rev Bras Educ Méd. 2007;31(3):278-86.

Cunha MI. Aportes teóricos e reflexão da prática: a emergente reconfiguração dos currículos universitários. In: Masetto M, organizador. Docência na universidade. São Paulo: 1998. p. 27-38.

Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Bronislaw G et al . Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI 3ª ed. São Paulo. Cortez, Brasília. MEC/UNESCO, 1996.

Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ., 2004/2005;16(9):105-14.

Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura. Rev Bras Enferm, 2003;56(4):343-47.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: um projeto em parceria. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 1995.

Felisberto E, Carvalho EF, Samico I. Estratégia da atenção integral às doenças prevalentes da infância (AIDPI) - Considerações sobre o processo de implantação. Revista do IMIP, 2000;14(1):24-31.

Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva R, Santos S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. Rev Bras Enferm, 2003;56(54):392-5.

Fernandes JD, Xavier IM, Ceribelli MIPF, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MVC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enferm USP, 2005;39(4):443-9.

Feuerwerker LCM, Sena RR. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Feuerwerker L, Almeida M, Llanos CM, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança – Um olhar analítico.. Tomo 1 - Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Editora UEL; 1999. p. 47-81.

Feuerwerker, LCM. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

Feuerwerker LCM. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. Olho Mágico, 2003;10(3):21-6.

Figueiredo GLA, Mello DF. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003;11(4):544-51.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. Rev Bras Enferm, 2001;54(3):466-74.

Gattás ML. Interdisciplinaridade, formação e ação na área de saúde. Ribeirão Preto-SP: Holos, 2006.

Gattás ML, Furegato ARF. A Interdisciplinaridade na Educação. Rev. RENE. Fortaleza, 2007;8(1):85-91.

Germano RM. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo: 2ª ed. Cortez, 1985.

Germano RM. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. Rev Bras Enferm, 2003;56(4):365-8.

Gil AC. Didática do ensino superior. São Paulo: Atlas, 2011.

Grisi SJFE, Escobar AMU, Gomes FMS, Valente MH, Douek PC, Sarrubbo SAB. O ensino da Estratégia "Atenção Integrada às Doenças Prevalente da Infância" (AIDPI) em pediatria. Rev. HU-US, 2001;11(1/2):8-74.

Henriques RLM. Intersetorialidade: compartilhamento do poder para criação e produção de bens e serviços. In: Anais do 55 Congresso Brasileiro de Enfermagem. Rio de Janeiro. CD-ROM, 2003.

Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MDLÓR, Mello DF. Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2011;32(2):241-7.

Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP, 2006;40(4):570-5.

Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Lima VM, Mello DF. Assistência de enfermagem a crianças menores de um ano de idade em unidade básica de saúde. Rev Bras Enferm, 2004;57(5):531-3.

Lück H. Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teóricos-metodológicos. 17. ed Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: intersecção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 229-50.

Maheu CA. Interdisciplinaridade e Mediação pedagógica. [Texto na Internet]. Salvador: Universidade de Salvador, NUPEPEAD; 2009 [acesso em 04 de outubro de 2011]. Disponível em http://www.nupepead.unifacs.br/artigos/interdisciplinaridade.pdf

Malveira EAP, Souza IEO. O Cuidado de Saúde à crianças: a posição prévia a partir das políticas públicas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis,1998;7(2):244-54.

Masetto MT. Competência Pedagógica do Professo Universitário. São Paulo: Summus, 2003.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, 2004;20(5):1411-6.

Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R. Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 41-66.

Mello DF, Andrade RD. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. Rev Min Enf. 2006; 10(1):88-93.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro - São Paulo: ABRASCO - HUCITEC, 2000.

Mitre SM, Siqueira BR, Girardi MJM, Morais PNM, Meirelles CAB, Pinto CP, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde colet. 2008;13 suppl 2:2133-44.

Monteiro CA, França Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saude Publ. 2000; 34(6sup):19-25.

Moretti ORP, Bueno SMV. Relação docente-discente em Enfermagem e problemas na formação para o Sistema Único de Saúde. Acta Paul Enferm., 2009;22(5):645-51.

Morin E. A cabeça Bem-Feita. Repensar a reforma reformar o pensamento. Jacobina E, tradutor. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrande Brasil, 2004.

Nascimento ES, Santos GF, Caldeira VP, Teixeira VM. Formação por competência: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. Rev Bras Enferm, 2003;56(4):447-52.

Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: Para o bem e para o mal. Rev. bras. educ. med., [documento na internet]. [acesso em 22 abr 2011], 2008;32(4):492-99. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf.

Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2007.

Paixão W. História da Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis; 1979.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, 2003;19(5):1527-34.

Pereira JG, Fracolli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2009;17(2):167-73.

Perrenoud P. Construir competências desde a escola. Bruno Charles Magne, tradutor. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Pettengill MAM, Nunes CB, Barbosa MAM. Professor e aluno compartilhando da experiência de ensino-aprendizagem: a disciplina de enfermagem pediátrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2003;11(4):453-60.

Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. Rev Bras Enferm. 2006;59:270-3.

Pinheiro R, Guizard FL. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p. 21-36.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 9-36.

Pires MFC. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no ensino. Interface - Comunic., Saude, Educ., 1998;2:173-81.

Prado SRLA, Escobar EMA, Fujimori E, Cianciarullo TI. As diretrizes da assitência à saúde da criança: do PAISC ao AIDIPI. In Cianciarullo TI, Gauda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO, organizadores. Saúde na Família e na comunidade. São Paulo: Robe Editora, 2002. p. 198-214.

Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. Rev Bras Enferm, 2006;59(1):67-71.

Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. Texto Contexto Enferm, 2007;16(3):399-407.

Rebouças LCC. A integralidade do Cuidado na formação da enfermeira. [dissertação de mestrado]. Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA; 2007.

Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho Mágico, 2003;10(2):47-52.

Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MDLO. Desenvolvimento Infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri-SP: Manole, 2009. p. 61-90.

Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. Saúde soc., 1997;6(1):25-52.

Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS, Vendrúsculo DMS, Mello DF. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 1998;6(5):5-15.

Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002 ;10(5):709-14.

Saippa-Oliveira G, Koifman L, Pinheiro R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de

graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 205-28.

Samico I, Hartz MA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005; 5:229-40.

Santana FR. Integralidade do cuidado: concepções e praticas de docentes de graduação em enfermagem. [dissertação de mestrado]. Goiânia. Faculdade de Enfermagem da Universidade federal de Goiás, 2007.

Santomé JT, Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado, Porto Alegre: Artmed; 1998.

Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública 2000:34(3):266-71.

Santos, SSC. Currículos de Enfermagem do Brasil e as Diretrizes-Novas perspectivas. Rev Bras Enferm, 2003;56(4):361-4.

Semim GM, Souza MCBM, Corrêa AK. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2009;30(3):484-91.

Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev Bras Enferm, 2006; 59(4):488-91.

Silva RPG, Rodrigues RM. Mudança curricular: um desafio de um curso de graduação em enfermagem. Rev Bras Enferm ,2008;61(2):233-8.

Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Cad. Saúde Pública, 2009;25(2):349-58.

Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. Rev. Gaúcha Enferm. 2011;32(2):309-15.

Tanji S, Silva CMSLMD, Albuquerque VS, Viana LO, Santos NMP. Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. Rev. Gaúcha Enferm. 2010; 31(3):483-90.

Tavares CMM. Integração Curricular no Curso de Graduação de Enfermagem. Rev Bras Enferm, 2003;56(4):401-4.

Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O Sistema Único de Saúde e as políticas de atenção à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri-SP: Manole, 2009. cap 2. p. 25-43.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Estratégias para Melhorar a Nutrição de Crianças e Mulheres nos Países em Desenvolvimento. New York: UNICEF. 1990.

Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

Veríssimo MDLO, Mello DF, Bertolozzi MR, Chiesa AM, Sigaud CHS, Fujimori E, et al. A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Rev Bras Enferm, 2003;56(4):396-400.

Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2003;3(2):205-13.

Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2005;5(2):177-84.

Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. Rev. Eletr. Enf. [periódico na internet]. 2010. [citado 2012 Jan 12]; 12(1):11-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm.

Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. Ciênc. saúde colet., 2007;15(1):221-31.

Apêndices

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade:
2. Sexo:
3. Instituição e ano em que graduou-se:
4. Tempo de formado:
5. Formação e titularidade:
6. Tempo de vínculo com esta Instituição:
7. Disciplina(as) que leciona :
8. Tempo que leciona a disciplina Saúde da criança:

II. DADOS RELATIVOS AO ENSINO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Considerando o projeto político do setor saúde - SUS - e o princípio da integralidade e as diretrizes curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem - que direciona a formação do enfermeiro de forma a contemplar “o sistema de saúde vigente no país e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”.

P- Você poderia contar como se organiza(m) a(as) disciplina(as) em que você atua, para o ensino da atenção à saúde da criança?

Fale sobre: carga horária; conteúdos abordados; como os conteúdos foram selecionados; as estratégias escolhidas para articular os conteúdos; os campos de práticas.

APÊNDICE 2

Carta aos responsáveis pelas Instituições de Ensino

São Paulo, xx de xxxxxxx de 20xx.

Ilmo. Sr.(ª)
Prof(ª).
Diretor(a) ou Coordenador(a) do Curso de Graduação de Enfermagem.

Prezada Senhora,

Eu, Emília Gallindo Cursino, aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), nível Doutorado, código CAPES 33002010083P2, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Elizabeth Fujimori. Vimos através desta, solicitar a V. Sa. autorização para realização de coleta de dados junto a docentes dessa Instituição, responsáveis pelo ensino da atenção à saúde da criança. A pesquisa objetiva: analisar se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros.

Informamos que a captação de dados ocorrerá por meio de análise documental dos planos de ensino e de entrevistas semi-estruturadas.

Comprometemos-nos ao uso das informações obtidas somente para fins de pesquisa e à devolução dos resultados em evento a ser definido segundo os interesses dessa Instituição.

Em anexo, encaminhamos o ofício de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Contando com sua compreensão, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Emília Gallindo Cursino
Pesquisadora responsável

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Emília Gallindo Cursino doutoranda do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª Drª Elizabeth Fujimori. Venho, por meio deste, solicitar a sua participação na pesquisa intitulada: A integralidade no ensino da atenção à saúde da criança em cursos de graduação de enfermagem. A pesquisa objetiva: analisar se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros e será realizada por meio da análise dos planos de ensino e entrevistas com docentes responsáveis pelo ensino de saúde da criança.

Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos sua autorização para realizar anotações, gravar as falas e divulgar os resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas nacionais e internacionais.

Estão garantidas todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, sendo garantido sigilo absoluto sobre sua identidade.

Caso tenha alguma dúvida, ou queira algum tipo de esclarecimento ou reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo e-mail: edipesq@usp.br.

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante ou após a pesquisa, o contato poderá ser feito por:

Emília Gallindo Cursino. egcursino@usp.br Tel:(21) 2609 xxxx. (21) 9964 xxxx.

( ) Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa

( ) Não concordo em participar desta pesquisa

_____

Local e data,

_____

Assinatura da(o) participante

_____

Assinatura da pesquisadora