

Integralidade no ensino da saúde da criança na Graduação em Enfermagem: perspectiva de docentes*

COMPREHENSIVENESS IN CHILD HEALTHCARE TEACHING IN UNDERGRADUATE NURSING: PERSPECTIVE OF TEACHERS

INTEGRALIDAD EN LA ENSEÑANZA DE LA SALUD INFANTIL EN LOS ESTUDIOS DE PREGRADO DE ENFERMERÍA: PERSPECTIVA DE LOS DOCENTES

Emília Gallindo Cursino¹, Elizabeth Fujimori², Maria Aparecida Munhoz Gaíva³

RESUMO

Estudo qualitativo que analisou, na perspectiva de docentes, se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros. Participaram do estudo 16 docentes envolvidos no ensino da saúde da criança em oito cursos de graduação. Coletou-se dados por entrevistas submetidas à análise de conteúdo do tipo temática. Na teoria, o ensino incorpora a integralidade, pois tem como base o perfil epidemiológico infantil, políticas e programas de atenção à criança e inclui ações de promoção/prevenção/reabilitação na atenção básica, hospitalar, creches e pré-escolas. Apesar da concepção ampliada do processo saúde-doença, que possibilita compreender a criança inserida em família e comunidade, há contradição entre o que se propõe e o que se efetiva na prática, pois o ensino é fragmentado, sem integração entre disciplinas, teoria dissociada da prática e ensino prático pontual que comprometem a incorporação da integralidade no ensino da saúde da criança.

DESCRITORES

Educação em enfermagem
Assistência Integral à Saúde
Saúde da criança
Enfermagem pediátrica

ABSTRACT

This qualitative study analyzed, from the teacher's perspective, if the principle of comprehensiveness is included in child healthcare teaching in nursing education. The participants were 16 teachers involved in teaching child healthcare in eight undergraduate nursing programs. Data collection was performed through interviews that were submitted to thematic content analysis. The theory in teaching incorporates comprehensive care, as it is based on children's epidemiological profile, child healthcare policies and programs, and included interventions for the promotion/prevention/rehabilitation in primary health care, hospitals, daycare centers and preschools. The comprehensive conception of health-disease process allows for understanding the child within his/her family and community. However, a contradiction exists between what is proposed and what is practiced, because the teaching is fragmented, without any integration among disciplines, with theory dissociated from practice, and isolated practical teaching that compromises the incorporation of the principle of comprehensiveness in child healthcare teaching

DESCRIPTORS

Education, nursing
Comprehensive Health Care
Child health
Pediatric nursing

RESUMEN

Estudio cualitativo que analizó si la enseñanza de la salud infantil incorpora el principio de la integralidad en la formación en enfermería, desde la perspectiva de docentes. Participaron en el estudio 16 docentes involucrados en la enseñanza de la salud infantil en ocho cursos de pregrado. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas y sometidos a análisis de contenido temático. En teoría, la enseñanza incorpora la integralidad, pues tiene como base el perfil epidemiológico infantil, las políticas y los programas de atención al niño e incluye acciones de promoción/prevenición/rehabilitación en atención primaria, hospitales, guarderías y centros preescolares. A pesar de la concepción ampliada del proceso salud-enfermedad, que permite comprender al niño inserto en su familia y comunidad, hay contradicción entre lo que se propone y lo que efectivamente se realiza en la práctica, pues se evidenció una enseñanza fragmentada, sin integración entre las disciplinas, con la teoría disociada de la práctica y una enseñanza práctica puntual que comprometen la incorporación del principio de la integralidad.

DESCRIPTORES

Educación en enfermería
Atención Integral de Salud
Salud del niño
Enfermería pediátrica

* Extraído da tese "A integralidade no ensino da atenção à saúde da criança em cursos de graduação em enfermagem", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012. ¹ Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, Brasil. egcursino@globo.com ² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada 3 do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. efujimor@usp.br ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada 2 da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. mamgaiva@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A formação do profissional de saúde constitui um desafio para a transformação das práticas e melhoria da saúde da população, especialmente com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que trouxe o desafio de redirecionar as práticas de enfermagem e o ensino para o atendimento integral à saúde. Para atuar nesse cenário é preciso preparar profissionais que sejam sensíveis às necessidades da população⁽¹⁾, que incorporem em sua prática, as dimensões biopsicossociais e as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, garantindo a continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade, articuladas a um conjunto de políticas, mediante ação intersetorial⁽²⁾.

A integralidade é um princípio norteador do SUS, expresso como conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, articulados e contínuos em todos os níveis de complexidade do sistema⁽³⁾. Contudo, diferentes sentidos e significados têm sido atribuídos a esse princípio, conferindo-lhe uma noção polissêmica. Para estudioso do tema, o termo expressa uma *bandeira de luta* e indica características desejáveis do sistema de saúde e das práticas profissionais, compondo três grandes conjuntos de sentidos: o primeiro refere-se às respostas governamentais às necessidades de saúde em forma de políticas no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais; o segundo envolve o sistema de saúde e o modo de organização dos serviços; e o terceiro as práticas de saúde dos profissionais⁽⁴⁾.

O sistema hegemônico de atenção à saúde, no entanto, centra-se na doença, na assistência individual, curativa, hospitalar, especializada e restrita às queixas, que se distancia da noção de integralidade. Ainda hoje esse modelo biomédico predomina no ensino da saúde, e o cuidado atrela-se ao órgão doente, em detrimento da abordagem do sujeito em sua singularidade⁽⁵⁾, influenciando sobremaneira a formação dos profissionais de saúde. Assim, apesar das críticas, a concepção hegemônica do ensino é *centrada em conteúdos, organizada de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica*⁽⁶⁾.

Historicamente o ensino da enfermagem pediátrica também se fundamenta na patologia e nos procedimentos técnico-operacionais para atender a criança hospitalizada⁽⁷⁾, apesar da proposta da integralidade constar das orientações das diretrizes curriculares nacionais para o ensino de graduação em enfermagem no país e as políticas de atenção à criança apresentarem uma filosofia de atenção mais integral.

Assistência integral à saúde da criança é assisti-la em sua totalidade, como um ser em crescimento e desenvolvimento, cujo processo saúde-doença é determinado socialmente e, portanto, com as condições de vida e o contexto familiar interferindo no perfil epidemiológico; dessa forma, a criança deve ser assistida em seus aspectos

biopsicossociais, com vínculo entre família, profissionais, instituição que presta assistência e comunidade⁽⁸⁾.

Tal abordagem, no entanto, ainda está longe de ser alcançada na prática profissional, devido à fragilidade e fragmentação das ações implementadas pelos profissionais na rede de serviços⁽⁹⁻¹²⁾. Contudo, há evidências de que os planos de ensino da saúde da criança incorporam o princípio da integralidade na formação dos enfermeiros⁽¹³⁾.

Assim, a necessidade de se formar profissionais que incorporem a integralidade em suas práticas justifica o desenvolvimento deste estudo que teve como objetivo analisar, na perspectiva de docentes, se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros.

MÉTODO

Investigação de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em oito instituições públicas que oferecem curso de graduação em enfermagem. A amostra foi intencional, sendo escolhidas as regiões brasileiras com maior número de cursos de graduação (Sudeste e Nordeste) e quatro estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco) com as escolas públicas (quatro federais e quatro estaduais) mais tradicionais e com produção técnico-científica de destaque na área da enfermagem. Participaram do estudo, 16 docentes indicados pela coordenação dos cursos. Foram incluídos apenas docentes enfermeiros do quadro permanente das instituições, envolvidos no ensino da saúde da criança, na atenção básica ou hospitalar.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, realizadas nas instituições de origem dos docentes, no período de agosto de 2010 a março de 2011. Após transcrição, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, desenvolvida em três fases: pré-análise, seleção das unidades de análise e processo de categorização⁽¹⁴⁾. Para tanto, as entrevistas foram lidas sucessivas vezes para apreensão do sentido expresso no conteúdo e a identificação dos temas emergentes. Em seguida procedeu-se à organização, interpretação e análise desses temas com os respectivos trechos das falas reveladoras dos sentidos e percepções dos docentes quanto à integralidade no ensino da saúde da criança, tendo como categoria analítica o referencial teórico da integralidade.

O estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa (protocolos nº 892/2010 e nº 087/2010).

RESULTADOS

A análise temática permitiu identificar duas categorias: elementos que aproximam o ensino da saúde da criança do

princípio da integralidade e elementos que distanciam o ensino da saúde da criança do princípio da integralidade.

Elementos que aproximam o ensino da saúde da criança do princípio da integralidade

Para todos os docentes entrevistados, atenção integral no ensino da saúde da criança significa vinculá-la ao contexto familiar e social mais amplo. Apreendeu-se das falas, uma concepção de integralidade para além dos aspectos biológicos, que olha a criança na sua totalidade e considera os determinantes sociais da saúde.

Atenção integral é ver a criança (...) dentro do contexto da família e dentro do 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, sociedade onde ela vive, a família precisa ser visto e não apenas aquele problema respiratório (...) porque essas situações não são só individuais, mas familiares, de moradia de situação da coletividade (E1).

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 do que para a comunidade (...) se é uma criança que fica em creche, a gente vai se preocupar com o que está acontecendo. Se for uma criança 'chiadora', o que é que acontece na creche ou na casa dela que favorece isso (E11).

Outro depoimento destacou a importância da visita domiciliar como estratégia para o desenvolvimento do ensino da integralidade, pois aproxima o aluno da realidade social da criança:

na visita domiciliar a crianças, [o aluno vai] ver o domicílio, a inserção da família, como trabalham (...), a gente discute os casos, faz anotações e quando necessário, eu passo o caso para as equipes (E9).

Para os docentes, o conteúdo teórico do ensino da saúde da criança tem como base as políticas públicas voltadas à infância (respostas governamentais às necessidades de saúde da criança), entre elas o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, além de contemplar também o perfil epidemiológico infantil nacional e local:

nosso bloco teórico trabalha primeiro os indicadores de morbimortalidade, depois as políticas públicas, o PAISC, as linhas da Agenda, da Humanização do parto e nascimento (E15).

os alunos veem conteúdos que a gente pensa que estão de acordo com o nosso perfil epidemiológico, ensinamos diarreia, desnutrição e anemia (E6).

No que se refere à integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, os depoimentos mostraram que o ensino da saúde da criança contempla a atenção básica e a rede hospitalar. Também

houve destaque para o ensino prático em outros contextos de cuidado à criança como creches e pré-escolas que oportunizam o aprendizado das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças:

O segundo ano do curso é todo voltado para a promoção de saúde e a prevenção, toda prática é no contexto extra-hospitalar e eles vão à unidade básica. Eles fazem atividades também em escolas de educação infantil ou creche [onde] fazem (...) avaliação e promoção do desenvolvimento infantil (E1).

Houve falas que indicaram a existência de iniciativas para efetivar a integração de conteúdos teóricos e práticos das disciplinas de saúde da criança na busca da integralidade:

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 (...) a família. Então, dentro do princípio da integralidade não é mais possível trabalhar [só criança ou mulher] sem o binômio (E13).

A proposta de currículo integrado nos conteúdos e na prática das disciplinas mostrou que os momentos que conseguiram integrar diferentes áreas de conhecimento foram positivos, porém depende-se do desejo do professor:

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 a gente [entra] com o da criança. Os momentos que a gente conseguiu fazer isso foram muito positivos, mas (...) é esporádico, depende do desejo do professor (E16).

Elementos que distanciam o ensino da saúde da criança do princípio da integralidade

Na perspectiva dos docentes entrevistados, a inserção de conteúdos 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 (...), a gente aborda a parte de prevenção de tais doenças (...) e vocês na parte hospitalar abordam tal cuidado, eu não vejo uma conexão, interseção de conversas ou mesmo decisões para que haja essa integralidade (E2).

Saúde da Mulher, Criança e Adolescente I, a área de ensino é atenção básica. Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II na área hospitalar. É bem distinto, bem separado (...). A área hospitalar nós não temos nenhum contato (E5).

A falta de diálogo entre docentes das áreas leva a repetição de conteúdos como mostra a fala a seguir:

Por exemplo, na 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 (E4).

A repetição dos conteúdos reitera a fragilidade da articulação entre os docentes das disciplinas, por 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 (...). Acho que a gente ainda não conseguiu avançar nesse sentido, não sei se é por questão de vaidade, porque quando a gente integra, a gente perde um pouco de espaço (E16).

Os discursos evidenciaram que ainda persiste a seqüência clássica teoria/prática, em que o ensino da saúde da criança compreende primeiro um bloco teórico e depois a inserção dos alunos na prática:

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, antes (...). E depois eles vão para os estágios (E11).

Eles têm num mês, só aula teórica, e depois vão para a prática (E2).

Ainda em relação ao ensino teórico e prático, destacou-se que nem sempre é possível vivenciar na prática todo o conteúdo visto no bloco teórico, pois algumas experiências podem não ocorrer nos dias das aulas práticas programadas nos campos:

Tudo que é dado na teoria, a gente trabalha com eles [na prática], a não ser os agravos de saúde, [pois] pode não chegar criança com aquele [problema em questão] (E1).

Os docentes apontaram também a referência e contrarreferência como necessárias para garantir a continuidade da atenção à saúde da criança, porém a falta de integração entre os serviços de saúde fica evidente nas falas, indicando esse como um aspecto que dificulta a continuidade da atenção e também interfere no ensino:

Agora, discutir a integralidade do atendimento à criança, por vezes, para nós [no ensino] da atenção primária, é difícil. Isso porque a referência para outros níveis não está organizado (E12).

Além disso, os docentes demonstraram preocupação com o tempo que os alunos permanecem nos campos de prática. O depoimento a seguir destaca a prática como pontual, o que dificulta a inserção do aluno no cotidiano da unidade de saúde e compromete a integração do aluno com o cotidiano dos serviços de saúde:

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. (...) Então, ele não tem aquele tempo de viver o cotidiano da unidade de saúde (...) (E15).

DISCUSSÃO

Os depoimentos evidenciaram aproximação do ensino da saúde da criança à integralidade da atenção, nos aspectos concernentes aos conteúdos ministrados, os quais são orientados pelas políticas de atenção à saúde infantil tais como PAISC, estratégia AIDPI, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e também pelo perfil epidemiológico nacional e local, com ensino da assistência às doenças prevalentes na infância (diarréia, desnutrição, anemias e infecções respiratórias agudas).

Além disso, procura-se preparar o enfermeiro para compreender a criança inserida em seu contexto familiar e social, pois para a totalidade dos docentes, a atenção integral à saúde da criança significava vinculá-la ao contexto familiar e social mais amplo, determinantes sociais da 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, da mesma forma que constatado em estudo realizado com docentes de um curso de graduação em enfermagem do estado de Goiás⁽¹⁵⁾.

Esse posicionamento crítico-reflexivo que demonstra preocupação em relacionar o cuidado de enfermagem aos determinantes sociais do processo saúde-doença, precisa, contudo, ser consolidado na formação do profissional. Para tanto, o ensino deve levar o aluno a compreender que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, e o foco das práticas de saúde não deve ser a doença e sim os indivíduos e sua história pessoal e coletiva^(1,15). Nesse contexto, a estratégia da visita domiciliar aproxima o aluno da realidade social e amplia a possibilidade de observar o indivíduo como um todo, inserido em sua realidade, contribuindo para consolidar seu aprendizado.

Não se avaliou como ocorre a relação professor-aluno no contexto da prática, porém para que a formação do enfermeiro seja alicerçada no princípio da integralidade, é fundamental que a prática do docente também incorpore este princípio na prestação do cuidado. Do ponto de vista de acadêmicos de enfermagem, alguns professores demonstram na prática o que ensinam na teoria, e 'somente vendo o empenho e a preocupação do docente com o usuário, fazendo o melhor, prestando um cuidado humanizado e integral, é que o aluno pode aprender e incorporar a integralidade em sua prática'⁽¹⁶⁾.

Os resultados mostraram também que conteúdos contemplavam ações em todos os níveis de atenção de acordo com o referencial de integralidade adotado. O ensino

prático era realizado na atenção básica, na área hospitalar e em outros contextos de cuidado, como creches, pré-escolas e escolas, oportunizando o aluno a desenvolver ações de promoção, prevenção e atenção à criança doente nos diferentes níveis de complexidade do sistema, característica desejável para que o princípio da integralidade seja incorporado na formação dos enfermeiros.

Apesar de o ensino prático distribuir-se nos diversos níveis de atenção do SUS, o que favorece a incorporação do princípio da integralidade, a realidade dos campos de prática, sem uma rede integrada de assistência, dificultava o efetivo ensino da integralidade no que se refere à garantia da continuidade da atenção, de forma a possibilitar o atendimento integral às necessidades de saúde apresentadas pelas crianças. Estudo que avaliou o trabalho do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança demonstrou ausência de articulação entre a atenção hospitalar e básica, evidenciando a dificuldade da prática da integralidade⁽¹⁷⁾.

Por sua vez, a realização da prática em diferentes contextos, vinculados à realidade, como evidenciaram os resultados e mais que isso, promove o trabalho em equipe e a integração dos futuros profissionais à realidade dos serviços⁽¹⁾. Contudo, a maioria dos docentes considerou insuficiente o tempo de permanência dos alunos nos campos de prática e também manifestou preocupação em relação à inserção pontual, que não permite ao aluno vivenciar o cotidiano dos serviços, nem propor intervenções construídas em parceria com o serviço, fundamentais para a efetivação da integralidade.

De fato, estudo que analisou a integralidade do cuidado segundo as concepções e práticas de docentes revelou que o ensino de enfermagem, com práticas pedagógicas pontuais, verticalizadas, uniprofissionais e desarticuladas do contexto social, dificulta a construção da integralidade e a formação de sujeitos com capacidade crítica e reflexiva para atuar nos espaços sociais e transformar a organização das práticas⁽¹⁵⁾.

No que toca à distribuição do ensino da saúde da criança no currículo, constatou-se que os conteúdos eram abordados de forma fragmentada em diversas disciplinas, com pouca articulação e compartimentados em blocos teóricos e práticos, o que compromete a apreensão da totalidade no atendimento à criança e conseqüentemente distancia a incorporação do princípio da integralidade na formação dos enfermeiros.

Nesse aspecto, um docente destacou que o ensino na atenção básica era totalmente distinto do ensino na área hospitalar, sem contato entre os docentes. A repetição de conteúdos, várias vezes referida, evidencia a fragilidade da articulação entre os docentes, justificada por *vaidade* e *medo de perder espaço* como justificativa para a não integração. 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.

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, o que impacta no perfil do profissional de saúde em formação e se reflete nas suas práticas de atenção à saúde⁽¹⁸⁾.

Essa organização tradicional das universidades, com base em disciplinas isoladas que leva à fragmentação e induz a repetição de conteúdos, como constatado no presente estudo, pode ser parcialmente justificada pela história dos currículos de enfermagem no Brasil e pela formação acadêmica dos docentes deste estudo em tais currículos⁽¹⁹⁾. Além disso, é importante lembrar que os currículos da área da saúde tiveram como base as recomendações do Relatório Flexner, que na década de 1940 representava o modelo de educação para a área da saúde, com foco no biológico, na especialização e na assistência hospitalar⁽²⁰⁾.

Estudo que analisou a integralidade no processo de formação de enfermeiros comprova, no entanto, que na perspectiva dos alunos, a compreensão da integralidade atrela-se à articulação entre as disciplinas estudadas durante seu processo de formação, e se referia à necessidade de relacionar os vários conhecimentos estudados ao longo da graduação⁽²¹⁾. Análise da incorporação da estratégia AIDPI na prática profissional de egressos de enfermagem também evidenciou que a falta de integração entre as disciplinas levava o aluno a não fazer links importantes para a compreensão do todo⁽²²⁾. A disseminação do conhecimento fragmentado, centrado em conteúdos, mesmo em curso de graduação com disciplinas integradoras também foi destacada por acadêmicos de enfermagem como prejudicial à aplicação do princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro⁽¹⁶⁾. Dessa forma, os resultados evidenciaram como desafio, a desconstrução do ensino fragmentado⁽¹⁾, para a incorporação da integralidade no ensino da saúde da criança na graduação em enfermagem.

Outro aspecto que distancia o ensino do princípio da integralidade é que a inserção do aluno nas práticas ocorre apenas após o ensino teórico, indicando que o campo é usado para a prática dos conhecimentos teóricos, e não como meio para que o aluno tenha vivências, experiências e assim adquira habilidades para atuar na atenção à saúde da criança.

A integração teoria-prática é fundamental para a aprendizagem, mas precisa ocorrer na prática e não se deve ir a ela para comprovar o padrão estabelecido pela teoria. Para enfrentar esse desafio, as ações pedagógicas devem manter 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. Assim, a formação deve preparar os sujeitos com vistas a aprender a

fazer a partir das experiências vivenciadas, para o enfrentamento das novas demandas da sociedade e para transformar a realidade⁽¹⁵⁾.

Pesquisa que analisou a relação docente-discente em enfermagem e problemas na formação para o SUS confirmou que além da fragmentação do conteúdo em disciplinas, a dicotomia entre teoria e prática contribuía para distanciar a inserção da integralidade no ensino⁽²³⁾. Assim, 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⁽²³⁾.

Nesse contexto, destaca-se também que o princípio da integralidade é construído no cotidiano da relação estabelecida no processo de formação, e na ótica dos acadêmicos, a integralidade deve permear a relação professor-aluno, da mesma forma que o usuário do sistema de saúde deve ser considerado como um todo, inserido em um contexto social, político e econômico e não fragmentado em partes. Dessa forma, o aluno também deve ser respeitado como sujeito de um processo educativo que prime pela abertura de diálogo e se aproxime de sua realidade, que considere sua história de vida, suas angústias e sentimentos⁽¹⁶⁾.

É necessário, pois, repensar formas de integração entre os espaços dos serviços e os espaços acadêmicos que levam à reflexão, tanto do ensinar, quanto do aprender a fazer e fazer. Espera-se que cada vez mais os alunos se aproximem dos reais espaços da prática para que realmente possam contribuir para a transformação das práticas e melhoria da saúde da população infantil. Para tanto, há que se rever o ensino que só possibilita o atendimento pontual e fragmentado dos problemas de saúde⁽²⁴⁾. A integração ensino-serviço apresenta-se como um ideal a ser perseguido quando se propõe construir um currículo integrado, em que teoria e prática precisam ser indissociáveis⁽²⁵⁾.

Tal integração não é tarefa fácil, como se observou nos relatos do presente estudo, de forma que ainda se convive com a necessidade de se transformar conceitos e práticas que orientam o processo de formação de profissionais de saúde, considerando que a integralidade da atenção deve

compor tanto o ensino quanto o campo das práticas⁽⁶⁾. Nesse contexto, os resultados deste estudo evidenciaram que a formação dos enfermeiros na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da criança ainda representa um desafio.

CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a analisar a incorporação do princípio da integralidade no ensino da saúde da criança na graduação em enfermagem, na perspectiva de docentes.

Os resultados mostraram aproximações e distanciamentos do ensino da saúde da criança com a integralidade. Nos aspectos concernentes aos conteúdos teóricos, o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação dos enfermeiros, pois têm como base as políticas e programas de atenção à criança, inclui ações de promoção, prevenção da saúde e atenção à criança doente em campos de prática diversificados que abrangem unidades básicas de saúde, hospitais, creches e pré-escolas.

No entanto, organiza-se em disciplinas que não se integram e com teoria dissociada da prática. Não há integração entre as diversas disciplinas, nem entre as instituições de ensino e os serviços. A inserção nas práticas ainda ocorre somente após o ensino teórico, de forma pontual, o que dificulta sua articulação com o cotidiano dos serviços e com o contexto social. Assim, apesar da concepção ampliada do processo saúde doença, que possibilita compreender a criança inserida em sua família e comunidade, há contradição entre o que se propõe e o que se efetiva na prática e o ensino ainda se mostra fragmentado e pontual, comprometendo a apreensão da abordagem total no atendimento às necessidades da criança, tão pertinente à integralidade.

Em síntese, considera-se que as diversas noções de integralidade estão presentes no contexto estudado, porém apesar das aproximações, a prática pedagógica não favorece a incorporação do princípio da integralidade no ensino da saúde da criança. Aponta-se a necessidade de integração das disciplinas e de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para que, de fato, o princípio da integralidade seja incorporado na formação dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):757-62.
2. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA; 2007.
3. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2013 set. 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

4. 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.
5. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(1):129-46.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
7. 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 Enferm*. 2003;11(4):453-60.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(n.esp.1): 676-80.
13. Cursino EG, Fujimori E, Gaíva MAM. Integralidade no ensino da saúde da criança na graduação em enfermagem: análise de planos de ensino. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012; 11(4):799-807.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
15. Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl. 1:1653-64.
16. Lima MM, Reibnitz KS, Prado ML, Kloh D. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):106-13.
17. 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.
18. 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/ABRASCO; 2006. p. 205-28.
19. Tavares CMM. Integração curricular no curso de Graduação de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(4):401-4.
20. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 137-86.
21. Rebouças LCC. A integralidade do cuidado na formação da enfermeira [dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2007.
22. Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MDLÓR, Mello DF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):241-7.
23. 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.
24. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. Comprehensive care from the perspective of health care workers from Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2013 Sept 17];44(3):649-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_14.pdf
25. 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.