



e-ISSN 2446-8118

INTEGRALIDADE E FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO A CRIANÇA E ADOLESCENTE

127

COMPREHENSIVENESS AND NURSING EDUCATION FOR CHILDREN'S AND TEENAGER'S CARE

INTEGRALIDAD Y FORMACION DEL ENFERMERO PRA EL CUIDADO AL NIÑO Y ADOLESCENTE

Kelly Jackelini Jorge¹
Rosa Maria Rodrigues²
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso³
Claudia Silveira Viera⁴

Resumo: A integralidade é princípio estruturante da formação em saúde. Objetivou-se investigar a relação estabelecida entre a formação para o cuidado da criança e do adolescente e o Sistema Único de Saúde no que se refere ao princípio da integralidade. Pesquisa exploratória, qualitativa com dados de entrevistas com docentes do ensino de saúde da criança e adolescente. Identificou-se a integralidade presente nas falas dos docentes indicando sua incorporação como princípio norteador da formação articulando ações de promoção, proteção, tratamento em todos os níveis de assistência; a formação generalista e a família como integrantes da dimensão integralidade na formação. Conclui-se que após as diretrizes curriculares, docentes e escolas de enfermagem têm direcionado suas atitudes para agregar a integralidade na formação cabendo questionar se as atitudes docentes são acompanhadas de efetivas práticas integradoras nas instituições e serviços de saúde, campos de formação.

Descritores: Educação Superior. Enfermagem. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Enfermagem Pediátrica.

Abstract: Integrality is a key principle in health care education. We aimed at investigating the relationship established between child and teenage healthcare training courses and our Public Health system, in terms of the integrality principle. This is an explanatory and qualitative research, containing documental data which include interviews with child and teenage health professors. Integrality stood out in their speech, which further revealed just how this principle has been embodied as a flagship in nursing programs. And this enables not only actions of

¹ Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

² Enfermeira. Doutora em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste.

³ Enfermeira. Professora Adjunta no Curso de Graduação em Enfermagem e no mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

⁴ Enfermeira. Professora Associada no Curso de Graduação em Enfermagem e no mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

promotion, protection and treatment in all assistance levels, but also brings out general education and family-oriented care as a part of the integrality dimension in their training. Besides, with the new curriculum directives teacher and nursing schools have driven their attitudes in a way as to add integrality to the programs. And it falls to us to inquire whether the teachers' attitudes have actually echoed in real integrating practices at institutions and health service facilities.

Descriptors: Education Higher. Nursing. Child Health. Adolescent Health. Pediatric Nursing.

Resumen: La integralidad es principio estructurante de la formación en salud. Se objetivó investigar la relación establecida entre la formación para el cuidado al niño y al adolescente y el Sistema Único de Saúde en lo que se refiere al principio de la integridad. Investigación exploratoria, cualitativa con datos de entrevistas con docentes de la enseñanza de salud de niños y adolescentes. Se identificó la integridad presente en el habla de los docentes, lo que señala su asimilación como principio que ha regido la formación, articulando acciones de promoción, protección, tratamiento en todos los niveles de asistencia; la formación generalista y la familia como integrante de la dimensión integralidad en la formación. Se ha concluido que, después de la implantación de las Directrices Curriculares, docentes, escuelas de enfermería tienen direccionado sus acciones para agregar la integralidad en la formación. Sin embargo, se cuestiona si las acciones docentes son acompañadas de efectivas prácticas integradoras en las instituciones y servicios de salud que son campos de formación.

Descritores: Educação Superior. Enfermería. Saúde del Niño. Saúde del Adolescente. Enfermería Pediátrica.

INTRODUÇÃO

A partir dos anos de 1970 com a Declaração de Alma-Ata fortaleceu-se a discussão sobre a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento socioeconômico indicando a atenção primária à saúde como foco dos serviços públicos em nível mundial. No Brasil, esse movimento, fez resultar, dentre outros, nos programas de promoção da saúde integral de crianças e adolescentes, os quais desencadearam alterações no modelo de assistência em saúde e, conseqüentemente, nos processos de formação profissional¹.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência integral se coloca como princípio doutrinário indicando uma imagem objetivo a se alcançar na organização dos serviços assistenciais constituindo-se em princípio a ser fortalecido durante o processo de formação, por meio da reflexão coletiva sobre o pensar e o agir pedagógico. Dessa reflexão, práticas pedagógicas que favoreçam a compreensão da integralidade serão definitivas para a constituição de uma visão ampliada da saúde

e doença que contemple as fases da vida, nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde².

Compreendendo que o SUS se constitui num sistema de saúde inclusivo pautado em seus princípios doutrinários, mas que exige constante investimento para sua efetiva implementação, entende-se que, dentre seus desafios encontra-se a formação³ de uma força de trabalho atuante em conformidade com aqueles princípios. A integralidade é princípio estruturador das ações pedagógicas, mas que ainda não está garantida na formação⁴.

No campo da formação, mudanças se impuseram a partir dos anos de 1990, materializadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/1996⁵ e nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Na enfermagem, as diretrizes curriculares indicam a formação do enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, apto a assistir de forma integral e voltado para o SUS⁶. A partir disso, os cursos desencadearam seus processos de reformulação pedagógica adequando-se as exigências legais⁷.

A preocupação com a formação para o SUS, ganha destaque na medida em que se evidencia que este sistema oferece oportunidade de acesso a ações de saúde ao maior contingente populacional do país, ofertando ações preventivas, curativas e de reabilitação³. Portanto, insistir na consolidação do SUS é insistir em um sistema solidário e que, pela primeira vez na história das ações de saúde no Brasil conseguiu abrigar parcelas da população historicamente desassistidas. Insistir na formação para o SUS é tarefa das instituições formadoras cumprindo com sua contribuição para mudanças sociais e com a democratização do acesso às ações de saúde.

Neste estudo destaca-se a formação para o cuidado a saúde da criança e adolescente (SCA), a partir das diretrizes curriculares aprovadas em 2001 objetivando investigar a relação estabelecida entre a formação para o cuidado da criança e do adolescente e o Sistema Único de Saúde que se refere ao princípio da integralidade. A discussão acerca do princípio da integralidade no processo de formação do enfermeiro ganha relevância ao instigar reflexões sobre o processo de formação aplicando este princípio e indicando direcionamentos a prática profissional. Vivenciar a integralidade na formação é condição necessária para a formação de sujeitos comprometidos com a efetivação do SUS presente na Constituição Federal e no arcabouço legal que o colocou em ação.

MÉTODO

Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa tendo como sujeitos docentes de cursos de graduação em enfermagem da Região Oeste do Paraná (ROP). Os cursos foram identificados através do *site* do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) entre o segundo semestre de 2011 e o mês de março de 2013. Nessa ocasião, na ROP, existiam cadastrados 14 cursos de graduação, em cinco municípios, dois deles cadastrados como ensino a distância, que não estavam em funcionamento⁸⁻⁹. Dentre os 12 cursos

presenciais, dois eram gratuitos e dez não gratuitos. Dez deles conferiam o grau de Bacharel e dois o de Bacharel e Licenciado em Enfermagem. Os mais antigos eram os dois cursos gratuitos implantados em 1978 na cidade de Cascavel e em 1998 em Foz do Iguaçu. Os demais eram cursos não gratuitos implantados entre 2001 e 2011 nas cidades de Cascavel, Foz do Iguaçu, Toledo, Guaíra, Assis Chateaubriand.

Oito deles foram incluídos na pesquisa por atenderem aos seguintes critérios: instituições com cursos de graduação em Enfermagem que formaram a primeira turma até o final de 2012; cujos coordenadores aceitassem contribuir com o estudo e receber a visita do pesquisador; cujos professores da área/disciplina de Saúde da Criança e Adolescente aceitassem conceder a entrevista. Dos 11 docentes, entrevistaram-se 10 verificando-se a recusa de um deles.

Coletaram-se os dados no período de dezembro de 2012 e março de 2013, por meio de entrevista semiestruturada professores contemplando as questões: Como ocorreu o processo de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no Curso de Graduação em Enfermagem? Como se deu o processo da última reformulação do Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem da instituição? Como era realizado o ensino de enfermagem à saúde da criança e do adolescente no PPP anterior, e como está sendo proposto e executado no PPP vigente? Como se dava o ensino teórico e prático do cuidado de enfermagem à saúde da criança e do adolescente no PPP? Como você avalia a formação que o curso oferecia para que o enfermeiro realizasse o cuidado à SCA? O que, na sua opinião eram potencialidades e fragilidades do curso, em relação a formação para o cuidado a criança e ao adolescente?

Os dados foram sistematizados por convergência das informações em unidades temáticas¹⁰ apresentando-se neste artigo, a temática: integralidade na formação para o cuidado a criança e adolescente. Para sua análise tomou-se como referência o princípio da integralidade¹¹, ou seja, em que

medida os cursos estão oferecendo, a partir do enfoque que tem dado à SCA, uma formação que possibilite a assistência integral. Isso significa articular aspectos quantitativos e qualitativos das dimensões de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação no cuidado à criança e ao adolescente em todos os níveis de assistência. Para manter o sigilo e anonimato dos sujeitos, os fragmentos das falas foram apresentados com a letra “S” seguida das letras do alfabeto: SA...SJ (Sujeito A...Sujeito J). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) parecer 134/2012-CEP/Unioeste atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012¹².

RESULTADOS

A Integralidade na formação para o cuidado à criança e adolescente

A integralidade foi evidenciada nas falas dos sujeitos ao pontuarem que o aluno deve avançar no entendimento da criança e do adolescente para além de visões reducionistas, considerando a criança como integrante do contexto de assistência a saúde; percebendo-se a concepção de integralidade como articulação dos níveis de assistência superando as ações exclusivamente voltadas à doença; mostrando-se nas falas como inerentes ao processo de formação direcionado ao SUS. “[...] o objetivo dessa disciplina é instrumentalizar o aluno para que tenha uma visão holística com relação à saúde da criança e do adolescente, seja no contexto das patologias [...] as principais doenças que acometem a infância e a adolescência, seja também na questão da prevenção da saúde da criança e do adolescente [...] acompanhamento da puericultura e isso é uma atividade de prevenção, a gente tem também os direitos da criança, contido no Estatuto da Criança e do Adolescente [...] os programas de saúde pública específicos [...] o quê as instituições de saúde precisam fazer [...] é ter um olhar não só na doença [...], mas também na prevenção, nos direitos

e promoção a saúde [...]”. (SA). “[...] em cada conteúdo que é trabalhado na saúde da criança, a gente procura fazer essa correlação com os princípios do SUS, com o cuidado integral, com o contexto familiar, com o contexto comunitário, e com os princípios da atenção primária, da longitudinalidade, da integralidade, da promoção do acesso, da promoção da saúde [...], até chegar a culminar a criança doente, hospitalizada, os cuidados básicos e técnicos em si, da criança hospitalizada e do adolescente hospitalizado, mas nunca esquecendo, mesmo a criança hospitalizada, contemplando a família, contemplando os aspectos da comunidade, o retorno, a contra referência dessa criança para a Unidade de Saúde [...]”. (SJ)

Destacou-se a necessidade de construção de uma nova forma de organização curricular para os cursos em saúde, a fim de adequá-los as demandas das DCN, contemplando aquilo que o SUS preconiza como modelo de cuidado, de modo que a ênfase deixasse de se concentrar na visão biomédica, de foco na doença, transpondo-se para um modelo de saúde com foco no cuidado integral, de promoção da saúde, de prevenção de doença, de tratamento, de reabilitação, que também se fez perceber no ensino à SCA no transcorrer desses últimos anos nos cursos de graduação em Enfermagem estudados. “[...] o nosso aluno aprende ver um outro lado da Enfermagem, que não está indo no hospital ou no Posto de Saúde, ele está indo numa instituição levar prevenção de doença e promoção de saúde [...]. A saúde da criança é só o momento que a criança vai com a mãe? Não. Tem outros momentos de agendamento de puericultura, de visita domiciliar para o recém-nascido [...]”. (SA). “[...] demonstrando a importância de trabalhar não só a parte curativa, [...], mas aquelas questões básicas de um banho correto, um cuidado com o coto umbilical, uma mamada [...], esse estímulo que eu tento passar para eles, a importância de tudo isso acontecer de forma adequada, para que a criança [...] não venha a adoecer posteriormente. [...] você tem que tentar resolver, primeiro é, no dia-a-dia das

peças, trabalhar com promoção, depois, tentar prevenir doença, depois tentar curar, se essa criança ficou doente [...].” (SB). “[...] agora só, nesse ano que nós conseguimos mudar completamente para estar de acordo com as diretrizes [...], dar uma qualidade melhor para os nossos alunos. [...] que nesse novo [PPP] agora, já está previsto trabalhar criança sadia de verdade [...] agora a gente vai tentar colocar trabalhando prevenção [...] dentro do contexto do sistema público de saúde [...] primário, secundário, terciário [...] trabalhando muito com a questão do SUS.” (SC). “Antes, o projeto anterior [...] nós tínhamos a formação voltada especificamente para a área hospitalar, nós tínhamos a disciplina [...] enfermagem em pediatria [...] o aluno ficava três semanas fazendo prática no hospital, e tinha o conteúdo teórico referente à pediatria e, no currículo, ainda anterior a esse de 2002, que foi o de 96, é, eu consegui incluir uma disciplina que chamava criança sadia, que era onde tentava dar o foco da atenção primária em saúde para a criança fora do ambiente hospitalar, essa era uma disciplina que não existia antes [...]. Com a discussão das diretrizes curriculares, nós conseguimos fazer com que os colegas entendessem que a formação para a saúde da criança, ela não era só do ambiente hospitalar, a gente precisava aumentar a carga horária da disciplina [...] pensando na formação para o SUS, o nosso entendimento, pensar o Sistema Único de Saúde, não é só a criança na atenção primária, e também não é só a criança hospitalizada [...] essa linha de cuidado ela começa lá na prevenção, ela passa pela promoção da saúde, passa pelo cuidado, pela reabilitação se for o caso, trabalhar em todos os espaços de cuidado”. (SI).

Evidências desse novo olhar para o ensino do enfermeiro no geral e, em específico com a saúde SCA estiveram contempladas no discurso do docente, na própria nomenclatura da disciplina, em seus conteúdos, em sua organização ou estruturação, na diversificação dos cenários de práticas. “[...] as mudanças durante esses sete anos que eu participei foram de plano

de ensino com relação a conteúdo, a carga horária, a disciplinas práticas, o conteúdo prático, nesse sentido, houve mudanças todos os anos no conteúdo, na forma de ministrar, alguns conteúdos que batiam com outras disciplinas, então a gente foi adaptando, conteúdos que não contemplavam no plano de ensino que eram importantes que o aluno tivesse, implantamos também as aulas práticas sendo ministradas uma parte no laboratório e outra parte no campo de estágio, nas instituições de saúde.” (SA). “[...] nesse nosso novo agora, já está previsto [...] trabalhar criança sadia de verdade. [...] então, a gente está incluindo a assistência na escola e na creche.” (SC). “Houve uma gritante mudança, porque nós tínhamos uma disciplina só que era saúde materno-infantil, mas a gente não contemplava, na saúde da criança, a criança sadia, nós tínhamos que fazer um adendo, fazer projeto de extensão, e a puericultura e a criança sadia, o escolar, ele não era visto dentro da disciplina de pediatria, ele acabava sendo uma outra disciplina de 30 horas meio, como se fosse optativa, então, foi uma grande mudança, a gente agora consegue começar com o bebê desde que ele nasce na obstetrícia, até ele ficar adolescente, até os 14 anos incompletos na pediatria.” (SJ)

Por outro lado, resquícios do cuidado exclusivo à doença persistem, mesmo que isolados indicando que a perspectiva de inclusão do adolescente, em especial ainda mantém focos de assistência ao momento patológico. Expressa a dificuldade em avançar até mesmo no discurso para uma prática de promoção e prevenção. “[...] você não via o adolescente como doente, então é como se o adolescente não apresentasse doença nenhuma, então, agora não, agora você vê ele como um paciente, você vê de uma outra forma, que ele precisa de cuidados, que ele precisa de atenção, como um adulto, como uma criança, porque ele ficava renegado no mesmo plano, no projeto ele ficava renegado, você cuidava da criança e do adulto, e não do adolescente, agora não, agora no nosso plano, inclui o cuidado ao adolescente.” (SD)

Outro elemento que ainda tenciona o exercício da integralidade na formação é a definição do que seja de fato objeto da formação na graduação e o que deve ser considerado como inerente aos processos de educação continuada, após a formação inicial. Ainda se observa relato de que, por vezes, alguns conteúdos dizem respeito às questões da especialidade. “[...] eu acho que ainda tem que ter algumas mudanças [...] futuramente [...] às vezes falta para a gente terminar o que tem que ser dado muitos conteúdos de especialidade e poucos da básica [...].” (SG)

No exercício da integralidade tanto na assistência quanto na formação é preciso compreender a família como mediadora entre a equipe de saúde e a criança e o adolescente auxiliando o docente e o graduando de enfermagem na condução e promoção de mudanças no cuidado a essa população. Com o objetivo de contemplar o princípio da integralidade no cuidado à SCA e sua família durante o ensino do graduando, os docentes apontam os caminhos percorridos para instrumentalizar os alunos no transcorrer da disciplina. “[...] geralmente, na visita domiciliar, a gente faz nos Postos de Saúde [UBS] nas favelas mesmo e tentando orientar estas famílias [...] é gratificante demais essa parte então, eu vejo que nós estamos desenvolvendo um projeto maravilhoso, estamos evoluindo [...] chamar a família junto do cuidado [...].” (SD). “[...] a gente trabalha a questão da humanização [...], da hospitalização da criança e do adolescente, o impacto que essa hospitalização traz, não só para a criança em si, mas para a família [...].” (SF). “[...] a gente começa [...] dentro do ciclo vital, de acordo com o ciclo de nascimento até a adolescência [...] com todas as dimensões [...] da inserção da família [...] a gente procura fazer essa correlação com os princípios do SUS, com o cuidado integral, com o contexto familiar, com o contexto comunitário [...] os cuidados básicos e técnicos [...] contemplando a família.” (SJ).

Pelo material empírico sistematizado afirma-se que a integralidade durante a formação, na visão dos docentes,

deve superar visões reducionistas ao abordar a criança como integrante do contexto de assistência a saúde em uma assistência que articule os níveis de assistência. Para tanto, direcionada ao SUS, a formação inicial precisa delimitar o seu foco, entendendo que sua pauta é a formação generalista e que conteúdos das especialidades, por vezes disputam os espaços na construção do projeto pedagógico com os conteúdos que permitiriam a formação generalista. Para além destas questões que tangenciam a estruturação da assistência, a criança deverá ser considerada em sua relação com a família, uma relação necessária para contemplar o cuidado integral.

DISCUSSÃO

A fala dos docentes expressou a valorização do princípio da integralidade para o ensino do cuidado à SCA durante a graduação do enfermeiro possibilitando a apreensão da saúde da criança e adolescente nos seus aspectos epidemiológicos, biológicos, sociais, afetivos e políticos, os quais enriquecem sobremaneira o processo ensino-aprendizagem.

A implantação do SUS, os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira que lhe deram as bases suscitaram novas formas de abordagem do processo saúde-doença, a fim de considerá-lo dentro do contexto sócio-histórico-político-econômico³. Essa maneira de pensar resultou em debates por parte dos profissionais enfermeiros e demais componentes da equipe multiprofissional, governo e sociedade¹³. Essa discussão também passou a ser feita nas instituições de ensino, para procurar voltar a formação para o sistema de saúde que passava a ser vigente, sendo efetivada com as DCN.

A integralidade como princípio do SUS adquiriu diferentes entendimentos desde sua inserção na Constituição Federal em 1988¹⁴, os quais se referem a relação profissional/usuário, as formas de organização ou integração/articulação integral dos serviços assistenciais¹⁵. Tal assertiva implica que, ao se desenvolver

reflexões acerca deste princípio se esclareça o que se entende por ele e o que se busca quando se advoga que a integralidade deve ser um princípio a informar a construção de processos e práticas de formação². Embora considerando estas dimensões entende-se a integralidade como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, em que a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam polarizações da assistência ambulatorial e hospitalar dirigidas ao diagnóstico, ao tratamento e a reabilitação. Para tanto, as práticas de saúde devem ser organizadas de tal forma que aconteça essa inter-relação. A “integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população”¹¹.

Entende-se que uma formação pautada na integralidade deva incorporar ações efetivas, tanto teóricas, quanto práticas nos diferentes espaços em que acontecem as ações de saúde. Implica, portanto, articular nas mesmas proporções, ações de saúde preventiva e curativa em todos os níveis de assistência, seguindo a linha de cuidado a saúde da criança e adolescente proposta em diretrizes do Ministério da Saúde – “Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil” e “Saúde integral de adolescentes e jovens”.

Para que a integralidade se consolide evidencia-se a importância da integração entre serviços e instituições de ensino, dentre estas as universidades, a fim de haver a reorientação dos cursos de saúde para uma aproximação com a realidade, por meio da composição da estrutura curricular, da capacitação docente e organização do conjunto de conteúdos que irão integralizar ações para o processo de ensino-aprendizagem¹⁶.

Sistematizando os desafios inerentes a formação de enfermeiros entende-se que para além das proposições de

projetos pedagógicos e desenhos curriculares impõe-se a consolidação de práticas pedagógicas comprometidas com a “formação de enfermeiros comprometidos com o enfrentamento dos graves problemas de saúde da nossa sociedade, o que significa não perder a perspectiva da integralidade da atenção, da equidade, da eficiência e da eficácia”¹⁷, para as quais o entendimento docente acerca da integralidade é relevante.

É possível afirmar que no plano discursivo, há incorporação de conceitos importantes que podem fazer avançar a implementação e consolidação do SUS. No entanto, nem sempre os discursos são acompanhados das práticas que lhe seriam inerentes e isso é uma questão que não se pode atribuir ao sujeito professor exclusivamente. Os professores enquanto indivíduos desenvolvem e buscam praticar ações avançadas de saúde, mas neste mesmo estudo, em categoria não apresentada neste momento constatou-se que alguns dos cursos estudados há importante dissociação entre formação teórica e prática, entre atividades efetivas nos diversos campos de prática, o que tende a enfraquecer as potencialidades dos discursos docentes. Em outro estudo¹⁸ constatou-se que o ensino de enfermagem tem se dado basicamente em ambientes de simulação reforçando o distanciamento entre discursos e práticas.

Igual constatação foi identificada em outra investigação mostrando que os sujeitos expressam um ideal de integralidade manifesta na reorientação das práticas de saúde e da formação. Entretanto, observaram-se contradições entre discursos e práticas de formação expondo a fraqueza da prática da integralidade quando se implementam “ações normativas, uniprofissionais e tradicionais”. Identificam-se resistências de professores, alunos, dos ambientes práticos de aprendizagem, além de limitações pessoais para se construir a integralidade do cuidado. Desafios que indicam que os sentidos e práticas da integralidade estão em construção exigindo que sejam continuamente elaborados e carecendo de investimentos pessoais e coletivos permanentes dos atores envolvidos¹⁹.

Apesar dos obstáculos enfrentados, de modo geral percebeu-se durante as entrevistas, que os processos de mudanças, posteriores as DCN, e as subsequentes alterações/adaptações nos PPP dos cursos de Enfermagem ao longo desses últimos dez anos, apontam mudanças significativas nas atividades teórico-práticas, em aproximação com uma formação para o SUS, com introdução nos discursos de conceitos como saúde pública, saúde coletiva, humanização e integralidade do cuidado, potencializando também, uma organização dos conteúdos para a formação do profissional enfermeiro generalista e não especialista.

As discussões entre o que seja formar para a especialidade ou a formação generalista é importante⁶, mas tendo em vista que crianças, adolescentes e suas famílias necessitam de uma saúde de qualidade que tem como principal porta de entrada no sistema, as UBS e USF, estes requerem cuidados complexos e em equipe. Nesse sentido, o campo das práticas de ensino e o conhecimento do docente no cuidado à SCA, são determinantes no ensino para a atenção básica.

Entende-se que o cuidado dispensado à SCA constitui em condição para a qual a integralidade manifesta-se essencial, tanto com relação aos conteúdos técnicos, políticos, como para o sujeito criança/adolescente que pertence a uma família, imersa numa comunidade/sociedade.

Em face da complexidade para a abordagem do cuidado à SCA, durante o atendimento do enfermeiro nas ações de saúde, e tendo como um dos objetivos contemplar a integralidade desse cuidado, a inclusão da família é fundamental no processo de cuidar, tanto em situações de saúde como doença. A vivência dos alunos no atendimento à criança e ao adolescente, bem como a suas famílias em diversos campos de prática (unidades de internação hospitalar, ambulatorios, UBS, visitas domiciliares e escolas), servem como verdadeiras fortalezas que estimulam o maior envolvimento com a criança/adolescente e sua família em relação

ao cuidado prestado e aos vínculos estabelecidos.

A formação e a decisão dos professores em inserir os alunos no cuidado com a família é fator fundamental a contribuir com a persistente desconsideração da família e do contexto familiar nas ações assistenciais²⁰. Em que pese os limites inerentes à formação, uma vez que ela exclusivamente não muda práticas, o estímulo ao cuidado familiar durante a formação pode despertar o sujeito para a efetiva realização de ações inclusivas da família, especialmente no cuidado a SCA. Além desse aspecto é preciso considerar que a Estratégia Saúde da Família é a política governamental eleita para fazer avançar a implementação do SUS mediante o fortalecimento da atenção primária. Desse modo, formar para o SUS, obrigatoriamente passa pela inserção da família.

A família se coloca como unidade de cuidados primários²¹, mas na perspectiva da integralidade tem sua inserção em todos os níveis do cuidado a criança e ao adolescente. Para tanto, ela deve ser incluída como elemento fundamental na oferta do cuidado integral.

A inserção da família acompanhando sua criança/adolescente nos diferentes espaços de atenção à saúde foi reforçada pela aprovação do Estatuto da Criança e Adolescente, quando o cuidado deixou de ser centrado na criança isoladamente passando a valorizar seu universo relacional e social, de modo a considerar criança e família como sujeitos cuidados em conjunto²². Ao compor o cenário da assistência cumpre às instituições formadoras incorporar saberes e práticas sobre este cuidado em suas estratégias de formação, como evidenciado na fala dos docentes deste estudo.

Pensar na saúde e na educação e fazê-las de forma a contemplar os recursos internos e as habilidades dos acadêmicos para o cuidado da família da criança e do adolescente é essencial para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. Salienta-se ainda, que os pactos pela saúde do SUS, referem-se à SCA como uma das prioridades de atenção em saúde, que

incluem formulação de políticas públicas atreladas ao contexto brasileiro, no campo da saúde, da educação e dos próprios direitos das crianças e dos adolescentes e a participação da família. Essa afirmação contribui para transformações na SCA que extrapolam o setor saúde, no sistema de Redes de Atenção em Saúde, exigindo atualizações no campo do conhecimento com vistas a um melhor cuidar em SCA.

CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem para assistir a criança e adolescentes, pautado nas prerrogativas do SUS, constitui em desafio para o ensino durante a formação do enfermeiro implicando no entendimento da complexidade e da apropriação da integralidade da atenção em saúde, da gestão do cuidado e serviços, e dos determinantes sociais que levam a criança e o adolescente a adoecer.

Neste estudo, os docentes incorporaram os conceitos da integralidade e o indicativo da necessidade da formação para o SUS, expressando em suas falas que a formação necessária é aquela que contempla o cuidado à SCA em todas as suas dimensões.

O papel social que as escolas de graduação em enfermagem devem assumir no âmbito nacional e seu compromisso com o ensino da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e integração da SCA com os serviços de saúde pode enfrentar obstáculos reais. É necessário considerar que o profissional enfermeiro constitui força de trabalho imprescindível no cuidado da criança e do adolescente, inclusive pela função que desempenha no processo de comunicação com os diferentes grupos populacionais. Assim, o aperfeiçoamento de conteúdos teóricos e práticos sobre SCA nos currículos de graduação deve constituir-se em ação continuada na formação do enfermeiro, que convive cotidianamente, seja na atenção primária, nas comunidades, nos ambulatórios, nos hospitais, nas escolas ou em outros setores.

Por ser atribuição da enfermagem, a prestação do cuidado integral ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter e recuperar a saúde, a formação, que tem como princípio a integralidade no ensino do cuidado à SCA, contribuirá para a avaliação, proposição de estratégias de cuidado e de seguimento de crianças e adolescentes nos diferentes níveis de assistência.

Cabe questionar se as falas consensuais estampadas pelos professores são acompanhadas de efetivas práticas institucionais pautadas na integralidade. Após a implementação das diretrizes curriculares na enfermagem, observa-se esvaziamento dos tempos e das práticas nos campos de atividades clínicas, dentre eles os específicos ao cuidado a criança e adolescente indicando que apesar de avanços no plano discursivo persistem práticas pouco integrais no campo da formação.

REFERÊNCIAS

1. Raposo CA. Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Revista em Pauta*. 2009;6(23):117-38.
2. Lima MM, Reibnitz KS, Kloh D, Ferraz F. Integralidade na atenção à saúde e na formação do enfermeiro: análise de literatura. *Revista Saúde & Transformação Social*, Florianópolis. 2011; 1(2):155-62.
3. Sena RR de, Silva KL da. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em 2012 Ago 30];45(n.esp.2):1792-6. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/27.pdf)
4. Lima MM, Reibnitz KS, Prado ML, Kloh D. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2014 Jan 9]; 22(1):106-13. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_13.pdf)

5. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: MEC; 1996.
6. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Brasília; MEC; 2001.
7. Silva RPG, Rodrigues RM. Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2011 Fev 21]; 63(1):66-72. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)
8. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. Sistema e-Mec. Cadastro de Instituições de Ensino Superior Credenciadas por Curso [Internet]. Brasília; 2011 [acesso em 2011 Ago 11]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
9. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. Sistema e-Mec. Cadastro de Instituições de Ensino Superior Credenciadas por Curso [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 Abr 23]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Noronha JC de; Lima LD de; Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 435-72.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [acesso em 2012 Jul 20]. Disponível em:
13. Souza ACC de, Muniz Filha MJM, Silva L de F, Monteiro ARM, Fialho AVM. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):805-7.
14. Rocha SA, Bocchi, SCM, Juliani CMCM. O princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) – UTOPIA? R. Inter. Interdisc. INTERthesis [Internet]. Florianópolis; 2011 [acesso em 2014 Jan 10]; 8(1):120-132. Disponível em: [//periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2011v8n1p120/18428](http://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2011v8n1p120/18428)
15. Fracoli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1135-41.
16. Cuiffo RS, Ribeiro VMB. Sistema único de saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? Interface – Comunicação Educação e Saúde, 2008;12(24):125-40.
17. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RM de O. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm. 2010;19(1): 176-84.
18. Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GA, Florêncio RMS, Silva LS da, Rebouças LCC. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Esc Anna Nery. 2013; 17(1):82-89.
19. 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 [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 2011 Jul 6]; 15(suppl.1):1653-64. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext)

t&pid=S1413-81232010000700077&lng=en&nrm=iso

20. Pimenta EAG, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência a criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. São Paulo, 2009 [acesso em 2012 Ago 30]; 43(3):622-9. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a18v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a18v43n3.pdf)

21. Nunes ECDA, Silva LWS, Linhares EF. Reveses e vieses da integralidade na práxis cuidativa de enfermagem à família. Saúde Coletiva. 2011; 8(47):29-34.

22. Pacheco ST de A, Rodrigues BMRD, Dionísio MCR, Machado A da CC, Coutinho KAA, Gomes APR. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. Rev. enferm. UERJ. 2013; 21(1):106-12.

Recebido em: 02.11.2016
Aprovado em: 12/12.2016