

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM  
POLO UFSC - UFRGS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO -  
UMA PROPOSTA EDUCATIVA BASEADA EM PAULO FREIRE**

**Por**

*Claudete Demétrio Meurer*

**Florianópolis, julho de 1998.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM  
POLO UFSC - UFRGS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO -  
UMA PROPOSTA EDUCATIVA BASEADA EM PAULO FREIRE**

**Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Assistência de  
Enfermagem**

***Mestranda: Claudete Demétrio Meurer***

**Orientadora: Dra. Ana Lúcia Magela  
Rezende**

**Co-orientadora: Msc. Marisa Monticelli**

**Florianópolis, julho de 1998**

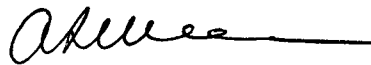
**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO  
RECÉM-NASCIDO UMA PROPOSTA EDUCATIVA  
BASEADA EM PAULO FREIRE**

**CLAUDETE DEMÉTRIO MEURER**

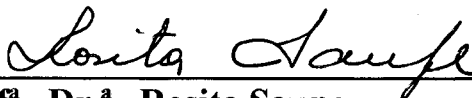
**Prof<sup>a</sup> Orientadora: Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende  
Prof<sup>a</sup> Co-orientadora: Msc. Marisa Monticelli**

**Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do  
título de Mestre em Enfermagem(Área de Assistência em  
Enfermagem)**

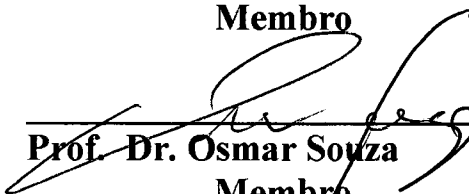
**BANCA EXAMINADORA:**



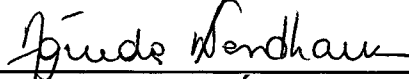
**Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Magela de Rezende  
Presidente**



**Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Rosita Saupe  
Membro**



**Prof. Dr. Osmar Souza  
Membro**



**Prof<sup>a</sup>. Doutoranda Águeda L. Wendhausen  
Membro**

## ***DEDICATÓRIA***

*Ao Marcos, pelo carinho,  
compreensão e companheirismo nesta  
caminhada.*

*Ao Marquinhos, Guilherme e  
Cristine pelo entendimento e aceitação de  
minhas ausências.*

*Aos meus pais por possibilitarem  
meu existir.*

## *AGRADECIMENTOS*

À Dra Ana Lúcia Magela de Rezende, pelo carinho e aprendizado possibilitado nas orientações.

À Msc Marisa Monticelli, pela confiança e companheirismo durante as orientações.

À Banca Examinadora, Dra Rosita Saupe, Dr. Osmar de Souza, Dra Lígia Paim e Doutoranda Águeda Lenita Wendhausen, por aceitarem colaborar nesta caminhada.

Em especial, às trabalhadoras de enfermagem do berçário, que fizeram parte do grupo, pois sem elas este trabalho não seria possível.

## RESUMO

Este trabalho é o relato de uma **Prática Educativa Problematicadora** implementada, de forma participante, com um grupo de trabalhadoras de enfermagem que assistem o recém-nascido e sua família, no berçário de um hospital geral da microrregião da foz do rio Itajaí-Açú. Foram realizados dezoito encontros entre agosto de 1996 e fevereiro de 1997, nos quais, através do diálogo e da reflexão, buscou-se discutir as questões da prática diária das trabalhadoras, visando torná-la o mais humanizada e humanizante possível ao recém-nascido, sua família e às próprias trabalhadoras. O embasamento teórico foi fundamentado, principalmente, no pensamento de Paulo Freire e sua educação problematicadora. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, sendo feitos agrupamentos dos componentes relevantes das falas das trabalhadoras, até o surgimento de quatro unidades temáticas: **o espaço da problematicação, trabalhadoras de enfermagem do berçário, assistência de enfermagem humanizada e, o recém-nascido e sua família**. Os dados encontrados permitiram inferir que o grupo de trabalhadoras encontrava-se em trânsito pelo nível de consciência que Freire chama de “ingênua”, porém mostravam indícios que apontavam para um caminhar rumo a consciência “crítica” em relação à assistência humanizada.

## ABSTRACT

This work is the report of an implemented **Problem Solving Educational Practice**, of a participating sort, with a group of nursing workers that help newborn babies and their family, at the nursery of a general hospital in the mouth of the Itajaí – Açú River area. Eighteen meetings took place between August, 1996 and February, 1997, in which, by means of the dialog and of the reflection, we have sought to argue the questions concerning the daily practices of workers, with a view to make it as humanized and humanizing as possible to the newborn baby, its family, and to the workers themselves. The theoretical basis is grounded, chiefly, on Paulo Freire's thoughts and his problem-solving education. The data were analyzed through the content analyses, by grouping the relevant components of the workers' speech, until four thematic units were developed: **the problem-solving sphere, nursing workers at the nursery, humanized nursing care and, the newborn baby and its family.** The data gathered allowed for the inference that the group of workers were moving through the conscience level that Freire calls "naive", but showed signs that pointed out to a walk towards the "critical" conscience.

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. INTRODUZINDO A PROPOSTA.....</b>   | <b>08</b>  |
| <b>2. EMBASAMENTO TEÓRICO / CONCEITUAL.....</b>                                | <b>14</b>  |
| <b>2.1. O Ser Humano e o Processo de Humanização pela Conscientização.....</b> | <b>14</b>  |
| <b>2.2. O Diálogo como Instrumento no Processo de Conscientização.....</b>     | <b>22</b>  |
| <b>2.3. A Humanização da Assistência de Enfermagem .....</b>                   | <b>27</b>  |
| <b>3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA .....</b>   | <b>35</b>  |
| <b>3.1. Da Instituição .....</b>   | <b>35</b>  |
| <b>3.2. Do Grupo .....</b>   | <b>38</b>  |
| <b>3.3. Da Trajetória Metodológica.....</b>                                    | <b>41</b>  |
| <b>4. ANÁLISE DOS DADOS.....</b>   | <b>52</b>  |
| <b>4.1. O Espaço da Problematização.....</b>                                   | <b>53</b>  |
| <b>4.2. As Trabalhadoras de Enfermagem do Berçário .....</b>                   | <b>71</b>  |
| <b>4.3. A Assistência de Enfermagem Humanizada.....</b>                        | <b>80</b>  |
| <b>4.4. O Recém-Nascido e sua Família.....</b>                                 | <b>87</b>  |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                     | <b>102</b> |
| <b>7. ANEXOS .....</b>   | <b>106</b> |



## 1. INTRODUZINDO A PROPOSTA

Nasci em um contexto onde a criança vinha ao mundo cercada por seus parentes, em sua própria casa, assistida por alguma parteira da localidade, que gozava do prestígio e respeito pelo seu saber e pela atividade nobre que desenvolvia. De acordo com relato dos idosos de minha família, havia todo um ritual que cercava as ações dos primeiros cuidados com o recém-nascido, como o fato de se acrescentar moedas e objetos de ouro à água do banho dos meninos, para que se tornassem adultos bem sucedidos; ou pétalas de rosas e perfume à água de banho das meninas, para que se tornassem belas.

É provável que, por ter nascido neste contexto, tal fato tenha influenciado no meu inconformismo com as significações apenas técnicas que rodeiam um parto hospitalar. Não nego a sua importância na diminuição dos riscos inerentes ao parto e ao puerpério, porém vejo esta função sendo desempenhada de forma higienista, no que se refere à individualidade e peculiaridades de cada recém-nascido<sup>1</sup> e de sua família. Busco Leopardi (1994,p.34) para reforçar meu entendimento de que “...o cuidar parece ter se cristalizado mais como cumprimento de dever, sem questionamento...” e sem reflexão.

Há cerca de 9 anos venho desenvolvendo atividades de supervisão de estágio curricular com os alunos de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, no berçário de um hospital geral da Micro-Região da Foz do Rio Itajaí-Açu. Durante este período, venho percebendo que as ações dos trabalhadores de enfermagem, que assistem o recém-nascido no berçário, são repetidas no dia-a-dia, sem questionamentos. A dificuldade de refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas pode ser vista como um processo alienante.

---

<sup>1</sup> É considerado recém-nascido o bebê após o nascimento até o 28º dia de vida.

Basbaum (1981) aponta dois fatores preponderantes na produção e manutenção desse processo, que são o trabalho e a educação. Na vida em sociedade, na qual é necessário trabalhar para sobreviver, o trabalho se torna escravidão. A educação funciona como legitimadora desse processo trabalho-escravidão, preparando as pessoas para acreditarem que essa condição é necessária, correta e inerente ao homem.

A este respeito, Ponce (1991) se pronuncia, dizendo que as pessoas alienadas não conseguem vislumbrar a libertação. Aqui, libertação deve ser entendida como a conquista da condição de homem livre, humanizado, ou seja, de sair da condição de dominado e oprimido, deixar de ser menos para ser mais.

No Brasil, na década de 60, surge um educador compromissado com a libertação do homem. Ele acredita que essa libertação só poderá ocorrer após a conscientização do homem de sua condição de dominado e oprimido. Estou falando de Paulo Freire, que desenvolveu e utilizou um método de alfabetização de adultos como meio de conscientização de camadas populares, de sua própria opressão. Reafirmando seu compromisso, Freire (1979) convoca os trabalhadores sociais, e aí se incluem os trabalhadores de saúde, e entre estes, os trabalhadores de enfermagem, para assumirem o compromisso com a transformação da sociedade com a qual estão comprometidos. É o próprio Freire (1979) quem indica o caminho: transformar por meio da conscientização, as pessoas e suas ações, para que se tornem ações refletidas e, dessa forma, os homens transformados, transformem a realidade.

Basbaum (1981) coloca o trabalho (escravo) e a educação(tradicional) como fatores que geram a alienação e mantêm o “status quo”, nas sociedades como o Brasil. *”Esse processo de alienação se realiza por dois modos: em primeiro lugar ele assume uma forma aparentemente ativa: o homem tem de trabalhar. O trabalho é assim a*

*principal e fundamental forma de alienação. Em segundo lugar ele assume uma forma passiva: ele, o homem, é educado para aceitar o trabalho como uma forma natural da existência social”* (Basbaum, 1981. p.18 e 19).

A Enfermagem, neste contexto, também sofre o processo alienante explicitado pelo autor acima citado. É alienante o sistema educacional na formação do profissional da enfermagem, pelo seu conteúdo predominantemente técnico repassado dentro de uma metodologia tecnicista, reprodutiva e mecânica. Procura colocar todos os alunos numa posição de igualdade, que é diferente da posição do professor, porque este sabe tudo e os alunos são apenas depositários do saber. Freire (1979) chama a este processo “Educação Bancária”. Na enfermagem, este modelo tem sido marcante, por ser esta uma profissão eminentemente prática, na qual o saber-fazer é visto distanciado do porquê-fazer. Ou seja, uma prática sem reflexão.

Considero estas colocações importantes, pois o grupo com o qual trabalhei é composto, em parte, por trabalhadoras não profissionalizadas, e que atendem e cuidam do recém-nascido nas suas primeiras horas de vida, a partir de treinamento técnico na própria instituição. Este treinamento parece atender à necessidade funcional da instituição, não sendo, no entanto, dado ênfase à prática reflexiva. Mesmo que o treinamento não ocorra nos bancos escolares, segue o modelo da escola tradicional de repasse de informações.

Monticelli (1994) descreveu o nascimento como a passagem de um estado para outro, ou seja, a ruptura do limite que separa os dois estados, o da vida uterina e o de estar à luz do mundo. Encarado desta forma, o processo de nascimento é carregado de significações e simbologias para a família e para os trabalhadores que assistem o recém-nascido.

Acredito que cada recém-nascido é único, com toda sua especificidade e

subjetividade. E cada família é única com todas as suas crenças, valores e cultura. Por isso, creio que o recém-nascido não pode ser assistido de forma massiva e “coisificada”. Desta maneira, só consigo pensar a assistência ao recém-nascido, pelo oposto à coisificação, ou seja, através da humanização.

Assistência humanizada ao recém-nascido é a que procura atender às suas necessidades de maneira individualizada, bem como as de sua família. “...a assistência humanizada deve ser capaz de transmitir aos pais o sentimento de solidariedade e respeito (...)” (Ikezawa e Kakehashi, 1995, p.163).

Nos últimos tempos, pode-se perceber a preocupação dos enfermeiros no sentido de tentarem buscar a reflexão da sua prática profissional. Muitos deles utilizaram-se do referencial de Paulo Freire nessa busca de uma enfermagem consciente. Podem ser citados vários estudos realizados em Florianópolis, que tiveram a proposta educativa de Freire como referencial. A maioria deles foi desenvolvida, essencialmente, em ações de educação popular. Entre estes encontram-se os estudos de Madureira (1994), que trabalhou com um grupo de mães buscando a co-participação no processo de educar; de Alonso (1994) que trabalhou com mulheres primogenitoras os seus processos de enfrentamento no cotidiano; ou ainda, o estudo de Heidemann(1994) que trabalhou na perspectiva da participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida. Há também o estudo de Souza (1995), que foi realizado com um grupo de trabalhadores da enfermagem pediátrica oncológica, buscando um referencial para a ação de enfermagem fundamentada em Paulo Freire. Mais recentemente, entre 1997 e 1998, outros cinco mestrados realizaram seus estudos de Dissertação com base no Método de Paulo e Pensamento de Paulo ( Brito; Diniz; Giorgi; Schmitt e Zago). Em todos estes estudos, os autores tiveram como objetivo a mudança da realidade pelo processo reflexivo-educativo.

Saupe et al (1998) realizaram um estudo que resultou na publicação de um livro a respeito da busca pelos enfermeiros-mestrandos do referencial de Paulo Freire na fundamentação da sua prática, especialmente nas ações educativas, institucionalizada ou não. Freire é descrito por Saupe (1998) como... *"pensador da esperança que, com suas idéias e exemplo de vida, vem inspirando tantas enfermeiras a tentarem outras formas de desenvolverem a dimensão educativa de sua profissão, promovendo o diálogo, a autonomia, a participação a solidariedade..."*

Creio, a partir de Freire (1979), que a educação existe pelo e para o homem, e que o homem necessita da educação por ser o único ser que se-sabe-no-mundo e, no mundo, busca, dentro dessa consciência de ser, aprimorar-se e tentar ser mais. Portanto, não há condições de transformar a realidade sem o auxílio do processo educativo.

Rezende(1986) pontua que o processo educativo, na área de conhecimento da saúde, e aí se inclui a enfermagem, é o principal instrumento pelo qual se veiculam informações e experiências a respeito de saúde.

Vejo a educação como um processo de crescimento e desenvolvimento do homem que acontece em todas as instâncias de sua existência, e nas relações com outros homens e com a natureza. Portanto, a enfermagem, enquanto atividade humana, também não pode prescindir do processo educativo, pois que está, como o ser humano, procurando e buscando ser mais.

Monticelli (1992) coloca que, embora os profissionais de enfermagem estejam preocupados com as ações educativas, quando as praticam, o fazem de forma a apenas repassar informações. Deste modo, acredito que na prática da enfermagem existem atividades educativas a serem desenvolvidas. Penso também que estas atividades precisam ser revistas, pois vêm sendo realizadas de modo a apenas repassar conhecimentos, ou seja, de forma "bancária".

O trabalho que realizei teve como objetivo geral **desenvolver uma prática educativa problematizadora com trabalhadoras de enfermagem, voltada para a assistência humanizada ao recém-nascido e sua família.**

Como objetivos específicos propus:

- a) elaborar um marco conceitual que auxiliasse na discussão das questões concernentes à assistência ao recém-nascido;
- b) construir, com as trabalhadoras de enfermagem envolvidas, de forma participante, os conceitos, as definições de termos e as palavras geradoras relevantes na sua prática;
- c) desenvolver, com o grupo, uma proposta de trabalho para o serviço de enfermagem do berçário, visando à consecução de uma assistência mais humanizada ao recém-nascido e sua família.

## 2. EMBASAMENTO TEÓRICO/CONCEITUAL

### 2.1. O Ser Humano e o Processo de Humanização pela Conscientização

Entendo **ser humano**, a partir do pensamento de Paulo Freire, como um ser inacabado, social e cultural, singular, que cria, recria e transforma o mundo e a si próprio, (...) *na busca contínua de ser mais.*” (Freire, 1979.p.27).

Dentro da proposta de trabalho realizado dois seres humanos precisam ser destacados. Um por ser sujeito direto do trabalho implementado - as trabalhadoras de enfermagem. Outro, por ser o alvo para o qual, em última análise, se destina a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem - o recém-nascido e sua família.

As **trabalhadoras de enfermagem** são vistas como pessoas que prestam os cuidados e que assistem o recém-nascido nas suas primeiras horas de vida. O grupo de trabalhadoras do berçário é composto por **auxiliares de enfermagem** que prestam efetivamente o cuidado ao recém-nascido. Têm como diretriz o saber-fazer e o como-fazer. A maioria procurou a profissionalização após anos de atuação como atendentes de enfermagem. Também fazem parte do grupo as **auxiliares de serviços hospitalares e assistenciais**, chamadas, tempos atrás, de atendentes de enfermagem. Não são consideradas pelos órgãos legais competentes da enfermagem como profissionais, porém cuidam do recém-nascido e sabem fazer esse atendimento porque aprenderam o que-fazer fazendo, sem, muitas vezes, saber porque-fazer e para-que-fazer.

O outro ser que necessita ser pontuado é o **recém-nascido**, que poderia ser entendido como a criança até o 28º dia de nascimento. Porém, esta definição me parece demais nua e desprovida de significação, pois vejo o recém-nascido, a partir de

Monticelli (1994) como sendo um ser único no mundo. Ele é para si e para sua família um ser humano especial e seu processo de nascimento é carregado de simbologias e significações específicas de sua cultura. É para ele e sua família que a prática das trabalhadoras de berçário precisa ser repensada, refletida, para que se torne mais humanizada.

Uma das características do homem é que só ele é um ser histórico, segundo Freire (1980), e se sabe homem, portanto, consegue definir o mundo e definir-se dentro do mundo. Pode analisá-lo, contemplá-lo, falar dele, com ele, e, sobretudo, transformá-lo.

A vocação natural do homem é ser sujeito de sua história, porém os mecanismos criados nas sociedades atuais dificultam que o homem se perceba capaz de determinar sua história, de se perceber capaz de transformar sua realidade. Ele vivencia um processo cultural alienação.

Como afirmado anteriormente e de acordo com Basbaum(1981), o trabalho e a educação são os fatores essenciais da alienação. O homem trabalha para alguém e, de alguma forma, sente que pertence a alguém. Este, segundo Basbaum(1981), é o processo ativo de alienação. O autor fala, também, do processo passivo de alienação realizado pela escola, enquanto legitimadora do processo ativo. Ou seja, a escola “ensina” a futura força de trabalho, que o trabalho é a única forma de sobrevivência, e que tal ato faz parte da natureza humana.

A subsistência atrelada à produção no trabalho, que na maioria das vezes não é labor<sup>2</sup>, mas atividade para a sobrevivência, a preparação ou “adaptação” desse sujeito para o trabalho, com o auxílio dos sistemas formadores oficiais, são mecanismos

---

<sup>2</sup> *Pode ser definido como trabalho criador, que libera o artífice na criação e construção da arte; trabalho que realizado dá prazer, que liberta o homem e que, portanto, proporciona seu crescimento enquanto ser em busca de ser mais.*



utilizados pela estrutura social, no sentido de impedir que o homem se perceba como ser crítico e capaz de transformações. Tais mecanismos, amplamente utilizados pelos detentores do poder instituído, são estruturas desumanizantes e desumanizadas, tanto para os que são submetidos a elas, quanto para aqueles que as impõem, por tornarem-se também subjugados por elas.

Outra característica do homem é a de que ele é um ser inconcluso, em processo de construção permanente, inacabado, educando-se a cada momento do seu existir. *"(...) é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Eis aqui a raiz da educação."* (Freire, 1980.p.27).

Nesse processo de educar-se, de se tornar sujeito de sua própria existência terá que passar, obrigatoriamente, pela reflexão do seu mundo, da sua realidade. A realidade de cada homem é diferenciada em função do local, época e sociedade em que vive. Freire (1980) diz que *"...não há homem no vazio"*. Cada homem vive num período de tempo, num lugar e num contexto social e cultural determinados. E esse contexto temporal, social e cultural tem desenvolvido mecanismos que não permitem que o homem perceba que suas ações cotidianas e rotineiras são conduzidas por simples tradição. *"O que mais custa a um homem saber, de maneira clara, é sua própria vida, tal como está feita por tradição e rotina de atos inconscientes."* (Freire, 1980, p.35). Portanto, para que este homem desenvolva a consciência da sua realidade, faz-se necessário que reflita sobre a tradição do seu dia-a-dia espelhada em sua prática. Ou seja, para se tomar consciência da realidade é necessário questionar, dialogar e refletir sobre as ações na prática diária. Quanto mais reflete sobre sua realidade, mais o homem consegue analisá-la de forma crítica, mais consegue compreendê-la e transformá-la.

Para Freire (1979) **cultura** é tudo o que o homem faz , cria e transforma. Tudo

que ele acrescenta ao mundo da natureza, através da sua “práxis”. Para Saviani (1986) cultura é o processo pelo qual o homem transforma a natureza, mais os resultados dessa transformação. Diz que o homem ao produzir-se, produz cultura, e essa ação é recíproca. *“Isto significa que não existe cultura sem homem, da mesma forma que não existe homem sem cultura.”*(Saviani. 1986.p.122).

Quando está imerso nas tradições do que-fazer diário, nas ações rotineiras, o homem não consegue enxergar sua vida concreta e não se sente capaz de transformá-la, necessitando de ajuda para emergir da realidade, tomar consciência dela e, então, vencer o desafio de transformá-la.

É nessa imersão que se encontra a maioria dos trabalhadores da enfermagem, por terem suas ações “rotinizadas e mitificadas”, tanto pela história da profissão, quanto pelos bancos escolares e pelo treinamento em serviço na instituição, na formação fundamental e específica.

As ações da enfermagem têm se rotinizado e cristalizado, ao longo da história, como forma de se tornarem inquestionáveis e imutáveis, tornando-se, tão somente, atos mecânicos que podem ser desempenhados sem reflexão. Tal organização também permite que, além da otimização do tempo e do aumento da produtividade, os trabalhadores possam esconder-se atrás da ordem, da técnica, da rotina não questionada, sem envolvimento com o cliente que, então, não necessita ser encarado como homem, ao mesmo tempo que o trabalhador não precisa se sentir humano. Desta forma desumaniza-se.

Na enfermagem, percebe-se uma compartimentalização profissional, uma divisão de tarefas que também compartimentaliza e divide o destinatário de seu cuidado. A esta compartimentalização, que permite apenas uma visão focalista da realidade, não deixando evidente a totalidade, o contexto, Freire chama de alienação, que é o contrário

da conscientização.

Para Freire (1980.p.26) a **conscientização** *“implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica.”* A partir daí, entendo que a conscientização é um processo dinâmico e inacabado, pois a realidade transformada, mostra um novo desafio a cada momento histórico. *“Por isso mesmo, a conscientização é um compromisso histórico.”* (Freire,1980.p.26).

A conscientização, para Freire, é o processo de desenvolvimento da consciência, que ele descreve em três níveis:

**Consciência Semi-intransitiva:** segundo Freire (1980), os homens que se encontram neste nível de consciência apresentam sua consciência dominada. Desta forma, não conseguem afastar-se suficientemente da realidade para poder vislumbrá-la e conhecê-la, apoderar-se dela, apreendê-la de forma crítica. O homem, imerso neste nível de consciência, está preocupado e interessado por circunstâncias e acontecimentos mais restritos à esfera vital (biológica) e não na esfera existencial. É o caso das pessoas que lutam, no dia-a-dia, para a sua sobrevivência, estando preocupadas e interessadas, tão somente, no seu existir biológico.

Em consequência da sua imersão no mundo vegetativo, biológico, o homem não consegue comprometer-se com o mundo existencial. Este homem, não podendo entender a causalidade autêntica dos desafios a ele expostos, transfere as causas de todos os acontecimentos à magia, a um poder superior. Como a autoria e causalidade dos acontecimentos recaem sobre seres superiores, dentro do “pensamento mágico” apresentado pelo homem neste nível de consciência, este não se sente responsável nem comprometido com a transformação de sua realidade e de seu existir. Toma uma atitude

fatalista diante da vida e se torna impotente para impor-se às adversidades e desafios que se apresentam. Além disso, sente-se amedrontado quando necessita tomar atitudes no seu viver.

Freire alerta que, em todos os homens, existe um pouco desta consciência semi-intransitiva, desta falta de percepção estrutural, mas que é importante sobrepor-se a ela.

**Consciência transitivo-ingênuo:** este nível de consciência, segundo Freire(1980), produz-se quando ocorre a emersão da consciência. Quando o homem consegue ter uma visão mais ampla de sua realidade, de seu mundo, e não apenas uma visão focal, mais voltada para a questão biológica, da sobrevivência, está em processo de transformação, de despertar. Percebe o mundo com maior clareza e percebe a si no mundo e com o mundo, ou seja, percebe seu lugar e seu que-fazer neste mundo. Deixa de ser apenas um ser biológico, para transformar-se também em ser histórico. Ele se vê capaz de conduzir sua história, de transformar sua realidade.

Freire denomina este nível de consciência de transitivo-ingênuo devido à simplicidade com que o homem, neste nível de consciência, procura explicar a causalidade dos fatos. Ele não se atém no aprofundamento da análise de sua realidade, do seu mundo. Seu discurso tem um forte teor emocional, o que prejudica sua criticidade. Este componente, predominantemente afetivo e, por vezes mágico, é decorrente de sua recente emersão da semi-intransitividade. Ele se encanta e ainda se deixa levar pelas explicações míticas e místicas. É tentado a se descomprometer.

Embora seja superficial sua análise da realidade, sua visão de mundo já está bastante ampliada. Por isso, ele acredita que sabe tudo e procura impor sua verdade pelo discurso emotivo.

O homem que se encontra neste nível de consciência tem dois caminhos possíveis: regredir para a semi-intransitividade ou evoluir para o nível de consciência

crítica.

**Consciência-crítica:** o homem, no nível de consciência crítica, segundo Freire (1980), procura a causalidade verdadeira dos fatos, analisa com criticidade a realidade. É uma consciência inquieta, procurando sempre dialogar com o mundo, com a natureza, com a história e com os outros homens. É comprometido politicamente, sua interpretação dos problemas é profunda.

Outra característica importante do homem, neste nível de consciência, é que ele está sempre disposto a rever seus posicionamentos e a discutir, no sentido dialogal, com o mundo e com os homens. Não é fechado em seus pontos de vista e nem os impõe, como o homem no nível de consciência transitivo-ingênua. Sua argumentação é segura e fundamentada. Ele é receptivo tanto aos fatos novos quanto aos velhos. Sua escolha para os enfrentamentos ou “diálogos” com os problemas de seu existir é sempre racional e esperançosa.

De acordo com Freire, quando o homem vislumbra o seu mundo, o seu existir e a si próprio de maneira crítica, ele se insere e se integra na realidade para produzir transformação, para atuar em seu existir histórico, estando, portanto, no processo libertador.

Desta forma, a consciência crítica é o ponto máximo do processo de conscientização e de humanização dos homens.

Segundo o pensamento de Freire, a conscientização só pode se dar através da relação dialógica entre o homem com o mundo e com outros homens, buscando a reflexão crítica sobre o mundo, sobre as ações dos outros homens e, principalmente, sobre as suas próprias, para que se tornem ações refletidas.

É por meio das ações refletidas, na sua práxis, que o homem vai em busca da sua humanização, de ser mais. Freire, em seus escritos, deixa claro que não pode haver

humanização, senão no mundo concreto do homem. Não é humanizar adaptar o homem às situações e sim buscar transformar a realidade desumanizante. Para que tal aconteça, porém, é necessário que este homem tenha consciência que o seu meio é desumano, conheça e compreenda os mecanismos usados na opressão, alienação e desumanização, muitas vezes vestidos de humanitarismo.

O humanitarismo é um mecanismo usado pelas elites, intencional ou ingenuamente que, de forma velada, tentam demonstrar ao homem simples sua dependência das elites, em que estas se vestem de solidariedade e bondade. Tal mecanismo possibilita a manutenção do “status quo”.

Portanto, a humanização é antagônica ao humanitarismo. Enquanto a última desumaniza o homem, coisifica-o, a primeira garante ao homem a sua vocação em ser mais e estimula-o ao crescimento contínuo.

Também não me refiro aqui, ao Humanismo enquanto movimento cultural e literário, surgido no Renascimento, o qual é “(...) *a expressão do acontecer do homem, em confronto com o teocentrismo medieval*”(Lara, 1986.p.27). Exalta as questões naturais e coloca o homem como figura central e dominadora de toda a natureza. O homem constrói novos valores como a criatividade, a liberdade, a individualidade, a participação e o enriquecimento, além de primar pelo objetivismo. Há o surgimento de uma nova classe baseada na força da riqueza comercial. Pode-se dizer que o florescimento da ordem instituída no humanismo renascentista é o prelúdio da ciência moderna e da modernidade (Abragnano,1970).Os conceitos do humanismo foram incorporados pelo cristianismo, especialmente o protestante, resultando numa orientação “cristã-humanista” (Rezende,1997). Esta orientação foi incorporada pela enfermagem num momento em que era necessário mostrar à sociedade que, embora as mulheres tivessem saído do espaço privado para o público, impulsionadas por Florence

Nightingale, podiam atuar com os mesmos valores e orientações dos homens. O *“humanismo renascentista cristão (...), crê no valor do homem na sua totalidade, em um dualismo de corpo e alma e o percebe como destinado a viver no mundo e dominá-lo, pois é portador da unidade originária do divino”* (Rezende, 1997, p.5).

Ao ver o homem dualisticamente (corpo e alma) a orientação humanista cristã já o fragmenta. E a enfermagem, que segue tal orientação, por consequência também o fragmenta, embora tenha um discurso de assistência ou cuidado integral ao ser humano.

O humanismo a que me refiro é aquele que entende o homem como parte da natureza e que leva em consideração os limites e as possibilidades do homem.

A visão de um mundo humanizado pode parecer utópica, porém creio, que se trata de uma utopia possível. A realidade de hoje, se analisada no campo do desenvolvimento científico e tecnológico, já foi utopia de homens visionários no passado. Certamente não ter-se-ia tornado realidade se não tivesse sido perseguida por seus idealizadores.

Para Freire (1980), a humanização só pode ser conseguida pelas ações de homens que se tornam denunciadores de uma realidade que desumaniza e oprime, e anunciadores da possibilidade da transformação dessa realidade opressora e desumanizante.

## **2.2. O Diálogo como Instrumento no Processo de Conscientização**

A partir de Freire (1979), entendo diálogo como sendo a forma de comunicação horizontal entre dois pólos que se relacionam pela empatia, fazendo-se críticos na busca de algo.

Portanto, o diálogo é a comunicação do homem consigo mesmo, com outros

homens e com o mundo, de maneira crítica, procurando a transformação desse mundo, de modo que ele (o homem) possa ser mais.

Pey (1988), a partir da análise do discurso pedagógico, entende diálogo não só como as falas de professores e estudantes a respeito do objeto a ser conhecido, como também as situações, ações, maneirices, trejeitos, sentimentos e expressões (verbais ou não) em sala de aula.

Ainda dentro da perspectiva do discurso pedagógico, Pey descreve dois tipos de diálogo, o dialógico polissêmico, e o autoritário. No primeiro, há reversibilidade entre os interlocutores, resultando uma polissemia aberta acerca do objeto cognoscente. No segundo, a reversibilidade entre os interlocutores se aproxima de zero, ocultando o objeto cognoscente, contendo ou dificultando a polissemia.

A falta de interlocução, a reversibilidade tendendo a zero, a exclusividade do domínio do objeto de conhecimento exercido pelo locutor, a mitificação e mistificação do objeto de conhecimento, a neutralidade e acriticidade são algumas das características do discurso pedagógico autoritário.

Neste tipo de discurso, a locução do professor é impermeável aos alunos e o professor (locutor) está indiferente a este fato. O domínio do objeto de conhecimento é exclusivo do professor, anulando a fala e o saber do aluno. Com relação à neutralidade e acriticidade do discurso pedagógico, é sabido que este não existe com um fim em si mesmo, mas serve a algo, está a propósito de alguém. Neste caso, da classe social dominante, a quem interessa a manutenção do “status quo”.

O discurso autoritário, portanto, estabelece barreiras que dificultam o acesso ao conhecimento, mitifica verdades e impede a emergência dos sujeitos de um nível de consciência semi-intransitiva, para um nível de consciência ingênua e consciência crítica, pois que não permite o diálogo do sujeito com outros sujeitos e com o mundo,



impedindo que o homem aproprie-se de sua realidade, não podendo, então, modificá-la.

Na realidade da enfermagem, nos seus bancos escolares e nas instituições de saúde, o discurso vigente é, predominantemente, o autoritário, o que dificulta a modificação desta realidade, pois serve apenas à reprodução mecânica, não permitindo, aos que aprendem, a apropriação do conhecimento que pode ser transformado em ação.

Freire (1980) fala de uma pedagogia da libertação, que é mediada pelo diálogo, e que busca libertar o homem de sua condição de oprimido, através do desvelamento e do conhecimento de sua realidade.

Na perspectiva da pedagogia libertadora, Pey (1988) elege algumas características do discurso dialógico, que considera mais relevantes como o estabelecimento de intercâmbio crítico entre o sujeito e o objeto a ser conhecido, a inclusão dos interlocutores numa busca ativa pelo conhecimento ( que não é fruto de repetição, e sim apreensão verdadeira da realidade). É provocante no sentido de se buscar apreender a multiplicidade de sentidos para cada objeto de conhecimento e o ato de ensinar se torna o ato de provocar o outro na busca do conhecimento, com os sentidos que o outro pode acrescentar. A pedagogia libertadora, com o discurso dialógico, considera o objeto de estudo e a linguagem a partir do cotidiano do sujeito, para elevá-lo a uma condição mais elaborada. Freire deixa claro em seus escritos que o diálogo, ao lado da reflexão, é instrumento imprescindível no processo de conscientização.

A maioria das escolas caracteriza-se como reprodutora e repassadora do conhecimento acumulado pela humanidade, sem ousar, sem ser utópica.

Com a enfermagem, o processo nos bancos escolares, ou no ambiente de trabalho não é diferente. Creio até que tenha sido agravado pelo fato da enfermagem, enquanto profissão reconhecida e regularizada, ter surgido na era moderna, em que a máxima

vigente era a ordem e o progresso.

O sistema funcionalista ainda rege a ordem social e considera o corpo humano como uma máquina que deve produzir para o desenvolvimento social. Nesta perspectiva, os trabalhadores de enfermagem são preparados e treinados no modelo produtivista e tecnicista, guiados pelo dever-ser. O trabalho caracterizou-se como um “ *meio de sobrevivência ao invés de um meio de valorizar a vida*” ( Santos, Meurer e Shmitt, 1996,p.33)

A enfermagem, portanto, não ficou fora do processo de alienação, segundo mecanismos descritos por Basbaum (1981) como o trabalho e a educação, enquanto instituições sociais.

O grupo, com o qual trabalhei neste estudo, apresenta, em sua formação e treinamento, os mecanismos descritos anteriormente. Ou seja, foram formados ou treinados em instituições e escolas onde há predominância do discurso autoritário, que, ingenuamente ou não, colabora na manutenção da situação de opressão a que são submetidos os sujeitos, legitimando-a.

É pela educação dialógica, problematizadora, que Freire anuncia a transformação da realidade dos homens, através do processo de conscientização. E o diálogo se impõe como o único caminho capaz de conduzir o homem á transformação do mundo. Para Freire (1980, p.82), “...o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo.” Este diálogo é profundo, inseparável do processo de ação-reflexão do homem sobre a sua realidade e o seu que-fazer. Portanto, não é este diálogo um depositar idéias, uma discussão hostil. Diálogo é o encontro de homens que têm por tarefa apreender a sua realidade, o seu mundo, e atuar para transformá-lo e torná-lo mais humano.

O verdadeiro diálogo só pode existir entre o mundo e entre os homens

comprometidos com a transformação desse mundo e de sua condição humana nele, entre homens que percebem o mundo como realidade dinâmica e temporal, entre homens que esperam verdadeiramente poder transformar o mundo. *“Se os que dialogam não esperam nada de seus esforços, seu encontro é vazio, estéril, burocrático, cansativo”*(Freire, 1980, p .84). Portanto, o diálogo existe na esperança, que é característica da inconclusão dos homens.

Na prática educativa realizada junto às trabalhadoras de enfermagem , o diálogo foi o instrumento utilizado no processo de reflexão, que busca a conscientização das mesmas no caminho da transformação da assistência de enfermagem, tentando torná-la mais humanizada e humanizante.

Entendo **reflexão** como o ato de pensar e repensar sobre o dito e a ação, sobre o mundo. Acredito que a reflexão é o processo pelo qual o ser humano pode alcançar a conscientização e, assim, transformar-se como pessoa, transformando também suas ações para, no e com o mundo.

O processo de trabalho, baseado no pensamento de Paulo Freire, foi elaborado a partir, não só das idéias do autor, mas também de minhas crenças e esperança na potencialidade dos seres humanos de serem desafiadores e transformadores da natureza, de outros homens e de si mesmos. Também me impulsiona a crença que cada ser humano transformado (conscientizado ou sensibilizado á conscientização) é um agente de transformação da sua própria realidade.

### **2.3. A Humanização da Assistência de Enfermagem**

Humanizar a assistência nos serviços de saúde não é tarefa fácil nem é busca iniciada nesta década. Esta preocupação iniciou-se a partir da percepção de alguns

profissionais da área da saúde de que a super especialização, a compartimentalização do ser humano, a tecnologização dos serviços e os avanços das ciências, se por um lado trouxeram melhorias significativas à vida dos homens, por outro os afastaram de si mesmos e de seus iguais (Folta, 1975).

Entendo **enfermagem** como corpo profissional, dotado de conhecimentos e habilidades específicas, no desenvolvimento de ações interativas no processo de cuidar de seres humanos, dentro do contexto sócio-cultural em que se insere, buscando torná-lo mais justo e humanizado.

A enfermagem, enquanto corpo profissional, tem sua história ligada ao empirismo dos curandeiros, religiosos e mulheres do povo, que eram os cuidadores num passado mais remoto, e, no fisiologismo e cartesianismo médicos mais recentemente, quando adquiriu o “status” de ciência. Ainda hoje a enfermagem mantém o empirismo ao lado do cientificismo e, por atuar nestas duas dimensões é definida como “ciência e arte”.

Em virtude da enfermagem transitar no cientificismo sem esquecer das suas raízes empíricas, e por acreditar no homem como ser inteiro, integral, é que alguns de seus profissionais, ainda que poucos, têm buscado alertar e direcionar suas ações para o alcance de uma assistência mais humanizada, ou “hominizada” no dizer de Freire. *“A enfermagem é a única profissão, no campo da saúde, que por sua posição ambivalente pode mover-se até a síntese de mente e corpo, comunidade e sociedade, tecnologia e humanismo”* (Folta, 1975.p.144).

Entendo **assistência de enfermagem humanizada** como sendo a assistência de enfermagem que respeita o indivíduo destinatário de seu cuidado, bem como os seus familiares, com toda a sua subjetividade e especificidade próprias. Que crê ser cada recém-nascido único e especial dentro do grupo social e cultural ao qual

pertence.

Quando se fala de desumanização da assistência de enfermagem é comum colocar-se a culpa na tecnologia, como se ela fosse uma entidade e não um mecanismo criado pelo homem para a melhoria da qualidade de sua vida. É simplista a visão de que todo o mal da humanidade é decorrente do super desenvolvimento tecnológico e de que para se retomar a característica humana deve-se voltar a viver em cavernas, tendo o fogo como única fonte energética. Numa visão humanística não se aceita observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ver um homem ser submetido a requintes tecnológicos sem um mínimo de dignidade. *“Trata-se de criar o humanismo dentro da tecnologia”* (Folta,1975.p.144). Também não é necessário que voltemos ao tempo de nossas avós (Phillips,1988).

O que se faz necessário é ter uma equipe preparada para atender o cliente de forma humanizada. Portanto, para falarmos da humanização da assistência ao cliente é vital que nos preocupemos antes com nossa própria humanização.

O preparo profissional da enfermagem para a assistência humanizada deve passar não só pelas escolas, mas também pelas instituições de assistência à saúde. Elas devem preocupar-se com este aspecto e incluí-lo na formação permanente e continuada de pessoal. É necessário que a equipe de saúde seja sensibilizada para o assistir de maneira humanizada.

Acredito que humanizar a assistência não passa apenas pela questão técnica, nem somente pela arte, mas é antes uma postura, uma atitude e uma vivência, permeada sim pela técnica e pela arte de assistir ao outro.

Souza, Possari e Mugaiar (1985) destacam como pontos a serem considerados para a humanização da assistência de enfermagem o respeito à privacidade do paciente, a personalização do atendimento, o estímulo para a

colaboração do paciente em seu tratamento, assistência psico-espiritual, a visita de familiares. Além disso, afirmam ser “*necessário que os membros da equipe de enfermagem demonstrem não somente aprimoramento técnico-científico, como também, atitude humana, habilidade e sensibilidade*” (Souza, Possari e Mugaiar, 1985.p.79).

A dignidade do paciente e sua família deve ser respeitada, mesmo quando criança ou recém-nascido, esclarecendo-se à criança, quando possível, ou a seus familiares tudo o que será feito com o intuito de minimizar a agressão física e emocional a que são submetidos.

Para o cuidado humanizado é necessário que toda a equipe acredite que o paciente é único e responde de forma diferenciada aos agravos de sua saúde. Que todos os pacientes, independente de sua escolaridade, cultura ou nível social, têm direito de participar de igual para igual nas decisões sobre o seu cuidado e tratamento (Fenton, 1987).

Em se tratando de assistência neonatal, é preciso ter-se em mente que o cliente não é apenas o recém-nascido, mas também sua mãe (em primeiro plano) e toda a sua família. Portanto, o foco da assistência precisa ser centrado na família e não somente no recém-nascido.

A assistência neonatal tem alcançado grande avanço a partir da década de 60, através de pesquisas e estudos em que se constatou um grande índice de morbimortalidade no período neonatal. Desta forma, buscou-se organizar os serviços de neonatologia com a finalidade de diminuir este índice.

O nascimento é um evento inerente a todo ser vivo e ao homem, como tal. E como evento humano, é também um evento cultural e social. É social, pois cada recém-nascido é parte de um grupo social, sua família. É cultural na medida em que,

para cada grupo social o evento do nascimento tem significações e simbolizações diferentes. Desta forma, a enfermagem necessita estar atenta para as implicações e impactos de cada nascimento no seu grupo social e do impacto da interferência de enfermagem no processo de nascimento.

No entanto, em virtude da necessidade de diminuição dos altos índices de mortalidade materno-fetais, o nascimento passou a acontecer em ambientes hospitalares que, se por um lado têm conseguido alcançar seu objetivo, por outro, têm-se organizado de modo a deixar a família de fora, apenas como espectadora de um acontecimento único no seu existir.

Com a institucionalização do nascimento e a organização do atendimento ao recém-nascido em unidades especializadas, surgiu também a “necessidade de obediência” às normas e rotinas instituídas. Viegas (1986) declara que nas unidades neonatológicas, em geral, o acesso da mãe é dificultado em função de rotinas, rigidez de horário e ausência de uma filosofia voltada para o atendimento humanizado. Tais barreiras são ainda maiores quando se trata de recém-nascido pré-termo, de baixo peso ou portador de alguma doença que o obrigue a internação em unidades de terapia intensiva (UTIN) e unidades especializadas.

De acordo com Sptiz(1988), os efeitos da má interação entre a mãe e o recém-nascido são catastróficos para o seu desenvolvimento, tanto física quanto mentalmente. Klaus e Kenell (1978) lembram que a exclusão materna no cuidado com o recém-nascido pré-termo, durante anos, fez com que a interação mãe-filho fosse relegada a segundo plano, levando a criação de berçários exclusivos e a rotinas hospitalares rígidas, em quw se afirmava que o cuidado ao recém-nascido era de responsabilidade exclusiva da equipe de saúde.

As dificuldades de adaptação e formação de vínculo são prejudiciais tanto

para o recém-nascido quanto para a mãe. O quadro é agravado quando o recém-nascido necessita ficar internado.

Neste caso, muitas mães passam por um processo de crise que, geralmente, ocorre em várias fases. Num primeiro momento, pode ocorrer um sentimento de perda, logo após o parto, em função da separação física entre a mãe e o recém-nascido. Num segundo momento, ela pode experimentar um sentimento de incompetência por não ter conseguido chegar ao termo da gestação. Sentir-se culpada, inferiorizada, incapaz. Numa terceira etapa, com a sobrevivência e possível melhora do recém-nascido, ela começaria a retomar o relacionamento com o mesmo, pois até esse momento estava se preparando para a morte de seu filho, experienciava um sentimento de luto. Só num quarto momento é que ela compreenderia que seu bebê não morreu e que tem necessidades especiais para que seu desenvolvimento ocorra em sua plenitude (Kaplan e Mason, apud Spitz, 1988).

Nas duas últimas décadas, vem se tentando modificar esta situação com a criação de maternidades com Alojamento Conjunto, onde o binômio mãe-filho permanece unido e a mãe recebe orientações de como cuidar de seu bebê, e esclarecimento cada vez maior da equipe de saúde que atua na área, com relação às vantagens demonstradas na prática de que *“... a participação da mãe e um maior contato e interação da família, no cuidado com o recém-nascido prematuro, não aumenta o risco de infecção, desde que observadas determinadas condições higiênicas, como a lavagem prévia das mãos antes de tocar no recém-nascido”* (Oliveira, Costa e Moreira, 1995.p.50).

Porém, ainda existem trabalhadores da saúde que resistem à entrada e à participação da família nos cuidados com o recém-nascido, principalmente por não compreenderem a crise por que passa a mãe e os sentimentos que ela experimenta.



Faz-se necessário compreender o ciúme materno, que faz com que a mãe proteja seu filho com *“reação de desconfiança e hostilidade. Este comportamento advém do sentimento de culpa que a mãe sente, por não saber atender o seu filho com a mesma habilidade da enfermeira”*( Oliveira, Costa e Moreira, 1995.p.50).

De acordo com Klaus (1993), desde os primeiros minutos de vida o bebê está preparado para contactar com sua mãe. Cabe aos profissionais da saúde, especialmente à enfermagem, favorecer o conhecimento e o entrosamento entre o recém-nascido e sua mãe. Porém, o autor alerta que cerca de 40% das mães não conseguem se envolver na primeira semana com seu filho. Portanto, devemos esperar que nem todos os vínculos se formem nas primeiras horas. Precisamos, então, saber quando interferir para o favorecimento desse vínculo. Existem momentos que devem ser exclusivos da mãe e do bebê, ou, do pai, mãe e bebê. Estes momentos são cruciais para o entrosamento do recém-nascido com sua família.

Eles se olham, se observam. Os pais tocam o bebê, segundo a descrição de Klaus (1993), primeiro acariciando-o com a ponta dos dedos, depois com as mãos. O passo seguinte é conversar com o bebê, tocar sua mão, que segura a dos pais. Quando a equipe de saúde “permite” este contato precoce entre o bebê e seus pais, sua aceitação e interação com a família será facilitada e se dar-se-á de forma completa.

O tempo necessário para o contato entre o recém-nascido e seus pais não é o mesmo entre todos os bebês. É necessário que a equipe saiba reconhecer e respeitar esta característica. Deve estar sempre por perto para sanar dúvidas, responder perguntas, orientar, porém, sem invadir. Estes momentos precisam ser respeitados se quisermos desenvolver uma assistência humanizada. A escolha do melhor momento para iniciar a interação do bebê com seus pais é difícil de ser feita, e vai depender

muito das condições vitais do bebê e de sua mãe (Klaus, 1993).

Oliveira, Costa e Moreira(1995), ao sistematizarem um roteiro para atendimento humanizado pela enfermagem ao recém-nascido e à mãe em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), chegaram a algumas considerações relevantes. Concluíram que a atenção dada à mãe e a seu filho durante a internação, tem influência direta sobre sua relação futura com o bebê. Ou seja, a qualidade da relação do bebê com sua mãe está vinculada à relação destes com os trabalhadores de saúde durante a internação. As autoras propõem que a mãe participe nos cuidados ao bebê, porém alertam que não podemos delegar-lhe tarefas difíceis, complicadas tecnicamente, pois tal acarretaria um sentimento de incompetência por parte da mãe que poderia sentir-se incapaz de cuidar do seu bebê após a alta, dificultando o vínculo entre os dois. Concluíram também que a recuperação e a evolução do recém-nascido internado dependem , em grande parte da qualidade da relação materna e do vínculo com a família. Afirmam que “...*estes fatores dependem primordialmente da capacidade da enfermeira de desenvolver uma atitude positiva e defensora desta nova filosofia de humanização dos seus cuidados.*”(p.54).

Para uma assistência humanizada, acredito que há necessidade de transformação em toda a estrutura de atendimento. Nessa perspectiva, faz-se necessário oportunizar e despertar os trabalhadores da enfermagem para a reflexão do seu cotidiano, para repensar o seu que-fazer diário. Através do diálogo com seus pares e com sua realidade para analisá-la, revê-la e reavaliá-la, buscando apreendê-la, é que se dará o processo de conscientização, por meio do qual o trabalhador poderá se transformar, para modificar sua forma de assistir, tornando-a mais humanizada.

### **3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA**

Neste capítulo, faço um detalhamento do caminho metodológico percorrido durante a realização deste estudo. Início com uma descrição da Instituição hospitalar e com a caracterização geral das trabalhadoras de enfermagem do berçário da Instituição. A seguir, relato a composição e a formação do grupo, procurando realizar uma descrição individual dos sujeitos deste grupo. Finalizo o capítulo descrevendo a trajetória metodológica propriamente dita, explicitando as fases componentes da prática educativa, bem como as técnicas de coleta, registro e análise dos dados utilizados no estudo.

#### **3.1. Da Instituição**

Embora os encontros com o grupo de trabalhadoras não tenham acontecido dentro da instituição, considero importante descrever o espaço de prática das trabalhadoras, uma vez que a partir dos acontecimentos vivenciados nele estava ancorada nossa reflexão, a reflexão do grupo. Outro dado que reforça a necessidade de descrição da instituição é o fato de que, como professora supervisora de estágio no Berçário, utilizei este local para, através de observação e diálogos informais, coletar dados adicionais e subsídios para a análise do estudo.

Trata-se de um hospital geral situado na região do Vale do Itajaí. É um hospital privatizado, que atende em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo aí a maior parte de sua clientela.

Foi fundado em 1956 pela Fundação Catarinense de Hospitais. A partir de 1975, foram abertas concessões para exploração por terceiros. Em 1979, o prédio foi ampliado,

tornando-se um hospital de grande porte. A partir desta ampliação, foi destinado um pavimento inteiro para a instalação do Centro Obstétrico, onde funcionam **Salas de Parto, Banco de Leite Humano e Berçário**. Passo, então, a fazer uma descrição mais detalhada destas duas últimas unidades por serem o espaço da prática das trabalhadoras sujeitos do estudo.

O berçário possui uma sala para escrituração, uma sala grande de procedimentos, chamada de sala de admissão, onde são prestados cuidados de rotina, como higienização, aquecimento, credeização e exame antropométrico, em berço aquecido. A sala de admissão está conjugada a outras duas, onde o recém-nascido a termo, adequado<sup>3</sup>, aguarda, por aproximadamente quatro horas, o momento de ser levado para junto da mãe, onde permanece até o momento da alta. Ele só é encaminhado ao berçário devido a alguma intercorrência, ou para higienização e controle de temperatura, uma vez ao dia. O tempo de permanência do recém-nascido, sem intercorrência, no hospital, é de aproximadamente vinte e quatro horas, estando sua alta vinculada à alta da mãe. Durante este período, apesar do hospital não manter sistema de alojamento conjunto, os recém-nascidos permanecem junto às mães na unidade de puerpério.

O berçário possui ainda outras três salas destinadas ao atendimento de recém-nascidos pré-termo, ou com intercorrência, sendo as mais freqüentes intervenção medicamentosa e fototerapia, e também, recém-nascidos que necessitem de isolamento, seja protetor ou patológico. Fazem parte do complexo do Berçário uma sala de expurgo e um corredor que permite o fluxo entre todas as salas e destas com o Banco de Leite Humano, com o quarto de plantão médico, com a porta que dá acesso às salas de parto, por onde os recém-nascidos chegam minutos após seu nascimento. Eles chegam ao

---

<sup>3</sup> Entende-se por recém-nascido à termo aquele que nasce entre 37 e 42 semanas de gestação. O termo adequado designa o recém-nascido com peso ideal para a idade gestacional.

berçário trazidos por funcionários da sala de parto. O corredor também dá acesso à porta de saída dos recém-nascidos para junto das mães, no setor de puerpério que fica no pavimento superior. São levados para as mães por funcionários do Berçário, havendo, mesmo que de maneira informal neste momento, alguma ação educativa sobre aleitamento, imunização, cuidados com o coto umbilical e atendimento de puericultura.

O banco de leite humano é contíguo ao berçário, e composto por duas salas e uma ante-sala, improvisada no corredor, onde é feita a paramentação das mulheres doadoras e dos pais quando visitam os filhos internados. Uma das salas é destinada à coleta de leite e limpeza do vasilhame e material. Está equipada com cadeiras com encosto e descanso para os braços, uma esgotadeira elétrica, estufa e armário com vasilhames e material de apoio para a coleta. Possui também uma pia grande para a lavagem do material.

A outra sala é destinada aos procedimentos de pasteurização e armazenamento do leite, além de ser utilizada também para o preparo do leite para o consumo dos recém-nascidos internados. Possui uma pia grande, um pasteurizador, um fogão para o aquecimento do leite em “banho-maria”, e um freezer para armazenagem do leite pasteurizado.

No espaço do banco de leite, principalmente durante o momento da coleta, são transmitidas informações a respeito de aleitamento, cuidados com as mamas e cuidados com o recém-nascido, além de serem respondidos questionamentos feitos pelas mães.

As visitas no berçário são permitidas somente aos pais de recém-nascidos que se encontram internados, ou com alguma intercorrência que os obriguem a permanecer no berçário. Esta visita acontece num horário determinado pela instituição, por alguns minutos. Os pais não prestam cuidado ao recém-nascido no berçário.

Existe um visor grande de vidro, junto à porta principal, onde o recém-nascido a

termo, adequado, é mostrado à família logo após o parto, desde que esteja em condições de deixar o berço aquecido.

As atividades de enfermagem no Berçário e Banco de Leite são desenvolvidas por um grupo de três auxiliares de enfermagem, dez auxiliares de serviços hospitalares e assistenciais. Quando o projeto de pesquisa foi elaborado, fazia parte da equipe uma enfermeira generalista. Porém, quando da implementação da proposta a enfermeira havia se demitido não havendo sido contratada outra enfermeira para ocupar seu cargo. As funções administrativas e de assistência passaram a ser executadas por uma das auxiliares de enfermagem.

O grupo de trabalhadoras de enfermagem é, na sua maioria, casada e tem filhos. Grande parte delas está desenvolvendo suas atividades no berçário há mais de cinco anos, algumas há mais de quinze anos. Muitas estão se profissionalizando através de cursos supletivos de auxiliar de enfermagem. Nove delas trabalham em trios, fazendo oito horas diárias de trabalho. O último trio termina o plantão às 22 horas, quando as duplas, uma a cada noite, iniciam, cumprindo também oito horas de trabalho em noites alternadas. Exercem atividades as mais diversas, desde as mais simples, como limpeza do mobiliário e ambiente, até as mais complexas, como medicação parenteral, punção venosa e cateterismo vesical.

### **3.2. Do Grupo**

O grupo era composto por mim e seis trabalhadoras de enfermagem do berçário, dos plantões matutino e vespertino, não havendo participação de nenhuma trabalhadora do plantão noturno.

A formação do grupo se deu a partir do interesse de cada trabalhadora em

participar das discussões, após a explicitação da intenção e metodologia da prática, bem como esclarecimentos a respeito das questões éticas.

Passo agora à descrição de cada uma das trabalhadoras, sujeitos do grupo, pois considero importante conhecer alguns dados da história de vida de cada uma, no sentido de melhor compreender suas falas.

Para manter o anonimato das trabalhadoras, optamos pelo uso de um nome fictício. Por sugestão minha, cada uma escolheu para si o nome de uma criança recém-nascida ou de sua mãe que, de alguma forma, tivesse lhe marcado.

**GISELE** : é auxiliar de serviços hospitalares e assistenciais. É tímida, de família humilde . Ficou órfã aos 7 anos de idade, quando assumiu o cuidado de seus três irmãos. É solteira, está com 30 anos. Fala sempre da importância de seu trabalho para a recuperação dos recém-nascidos internados. Chegou ao trabalho no hospital por intermédio de sua irmã Raquel que também trabalha no berçário. É introvertida, porém participa das discussões quando solicitada. Trabalha no berçário há mais de três anos. Possui o primeiro grau.

**RAQUEL**: é irmã de Gisele, auxiliar de enfermagem, trabalha há mais de três anos no berçário. Tivemos contato pela primeira vez quando foi minha aluna no curso de auxiliar de enfermagem. Posteriormente, eu fiz a indicação de seu nome para ocupar uma vaga no berçário, onde ainda permanece. Seu interesse pela enfermagem foi estimulado por uma situação de enfermidade e internamento de seu irmão, ao qual prestou cuidados após a alta. Diz gostar de trabalhar com crianças e estar adaptada ao berçário. É solteira, tem 25 anos e não tem filhos.

**SOLANGE:** trabalha há mais de quinze anos no berçário. Já assumiu a função de chefia quando da ausência de enfermeira. É espontânea, brincalhona e bem humorada. Casada, 38 anos, tem dois filhos. É auxiliar de enfermagem (fez exame supletivo). Quando ingressou no hospital trabalhou na limpeza e, mais tarde, foi convidada a entrar para a enfermagem como atendente. É líder no grupo, mas não é autoritária. Diz gostar muito dos recém-nascidos, embora reconheça sua dificuldade em demonstrá-lo por meio de carinhos e agradios.

**AMANDA:** é simples e humilde. Possui somente o curso primário (foi alfabetizada pelo MOBREAL) . É extremamente interessada e comprometida com seu trabalho. Iniciou seu trabalho no hospital, também pela limpeza. Mais tarde foi convidada a trabalhar na enfermagem, recebendo treinamento em serviço. Trabalha no berçário há mais de três anos. É casada, tem 3 filhos, 42 anos, simpática, bastante crítica. Diz que espera aprender muito junto com o grupo, nos encontros.

**NEIDE:** nascida num município vizinho. Veio para a enfermagem do berçário trazida por uma prima que trabalhava no hospital e perguntou se ela não queria trabalhar. Logo após ter sido admitida iniciou o curso de auxiliar de enfermagem que estava concluindo quando da formação do grupo. Diz estar na enfermagem do berçário porque adora o que faz. É casada, tem 1 filho. Possui primeiro grau completo. Tem 31 anos.

**MARIA :** trabalha há mais de quinze anos no berçário, embora já tenha tido experiência de trabalho em outras unidades na mesma instituição hospitalar.



Iniciou também na limpeza. Foi convidada a freqüentar o curso de atendente e começou a trabalhar. Apesar de gostar daquilo que faz, diz esperar se aposentar em alguns anos. Fala alto. Gosta de centralizar as conversas. É casada, tem um filho. Possui primeiro grau incompleto. Tem 40 anos.

### **3.3. Da Trajetória Metodológica**

Na busca de refletir com o grupo a sua prática diária para alcançar uma assistência de enfermagem mais humanizada ao recém-nascido e, por acreditar, a partir do pensamento de Freire, que o homem é sujeito de sua história que optei por uma **Prática Educativa Problematizadora**, em que se entende que os participantes são sujeitos do processo e não apenas espectadores. Outro aspecto que me remeteu à escolha desta metodologia é o de que ela permite a interferência dos sujeitos no fato ou fenômeno estudado, propiciando mudanças e transformações na realidade estudada, já durante o processo.

A prática Educativa constituiu-se em oportunizar às trabalhadoras um momento e um espaço para que pudessem discutir, perceber e procurar soluções para os problemas que se apresentavam no seu dia-a-dia.

Na concepção de Freire, a educação problematizadora possibilita à pessoa envolvida visualizar, apreender e vislumbrar, não só a problemática do seu existir, como também, as possibilidades de transformação de sua realidade. Os participantes “... *mais do que receber informação a propósito disto ou daquilo, analisam os aspectos de sua própria experiência existencial...*”(Freire,1980.p.32)

Neste sentido, para alcançar o objetivo de desenvolver uma prática educativa problematizadora com as trabalhadoras de enfermagem, voltada para a assistência

humanizada ao recém-nascido, elaborei uma proposta que contemplou quatro fases, adaptadas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire para Alfabetização de Adultos (Freire, 1980).

*1ª Fase: Aproximação Inicial - Identificando Componentes Relevantes da*

*Prática das Trabalhadoras.*

De acordo com Oliveira e Oliveira (1973), apud Brandão, (1985), o primeiro passo no processo de pesquisa participante é a aproximação e inserção do pesquisador no grupo com o qual pretende trabalhar.

Minha inserção no espaço e no grupo de trabalhadoras do berçário já se fazia há cerca de oito anos, enquanto supervisora de estágio de acadêmicos de enfermagem. Durante estes anos tenho explicitado e compartilhado com as trabalhadoras minhas inquietações, que, em alguns momentos, tornam-se nossas.

Embora inserida no dia-a-dia das trabalhadoras, quando me aproximei para a formação do grupo, optei por explicitar meu papel de observadora participante, bem como os objetivos da prática.

Nesta fase, após obter o consentimento da instituição, fiz contato com todas as trabalhadoras para a formação do grupo. Foram também lembrados os cuidados éticos da pesquisa como as medidas de proteção aos sujeitos participantes sugeridos por Watanabe, Tavares, Silva et al., (1985) tais como direito à privacidade, anonimato, dignidade, bem-estar, segurança e autodeterminação. Também foi assegurada a liberdade para os sujeitos desligarem-se do grupo se e quando desejassem. Este contato aconteceu no próprio local e horário de trabalho, quando eu as visitei nos diversos plantões.

Também, neste momento da prática procurei conviver com o grupo, pelo período de um mês (julho de 1996), no qual estive com elas duas vezes a cada semana.

Durante estes encontros, eu participei com elas das atividades de assistência aos recém-nascidos. Enquanto cuidávamos dos recém-nascidos, conversávamos informalmente e estas conversas, bate-papos, observações e percepções auxiliaram no levantamento dos componentes relevantes e significativos da prática dessas trabalhadoras, que suscitaram temas geradores e situações problematizadoras posteriormente discutidas no grupo. Nesta fase, utilizei um caderno de notas ou diário de campo, para registrar fatos, observações, comentários ou impressões que considerava significativos.

Neste sentido, percebo esta fase, num paralelo com o itinerário de Paulo Freire para a educação de adultos, como a que ele identifica com o nome de Pesquisa do Universo Vocabular (Freire, 1980).

Marcamos uma primeira reunião em minha casa, para um encontro com as trabalhadoras interessadas em ser sujeitos da prática. Nesta reunião, já com o grupo formado fizemos todos os acordos e acertos. Decidimos que o melhor dia para os encontros seria às quartas feiras, em minha casa, que se situa próximo ao hospital. As reuniões iniciaram-se no dia 07/08/96 e encerraram-se no dia 26/02/97, totalizando dezoito reuniões.

### *2ª Fase: Ouvindo, Discutindo e Refletindo a Prática das Trabalhadoras.*

O processo de ouvir, discutir e refletir a prática das trabalhadoras aconteceu principalmente nas reuniões de grupo. Foram 18 ( dezoito) encontros, no princípio semanais, com duração de 2 horas, e mais tarde, por sugestão do grupo, passaram a ser quinzenais.

No primeiro e segundo encontros utilizamos o tempo para nos apresentarmos , através da história de vida, com o foco no evento do nascimento. Com esta atividade nos tornamos conhecidas não só como colegas de trabalho, mas também como pessoas.

Identificamos semelhanças e diferenças no nosso processo de viver. A técnica de história de vida, desta forma, propiciou uma aproximação maior entre os sujeitos da pesquisa.

Durante as reuniões, os depoimentos e discussões foram registrados por um gravador e posteriormente transcritos por mim para um formulário criado para esta finalidade (anexo 1). Também foram registrados alguns dados no diário de campo (anexo 2), de acordo com o julgamento da necessidade por mim, enquanto problematizadora. Preferi eu mesma fazer a transcrição dos dados, pois acredito que desta forma o registro foi mais fidedigno, uma vez que, estavam presentes na minha memória também a mensagem gestual, facial, não só oral das trabalhadoras que são tão importantes quanto à comunicação falada.

Escolhi gravar as reuniões, com a permissão do grupo, porque esta técnica permite a transcrição na íntegra das falas dos sujeitos. Permite, também, que o investigador participe mais das discussões sem se preocupar muito com anotações, podendo estar mais atento aos depoimentos, interagindo melhor com os sujeitos da investigação (Lüdke e André, 1986). Mais tarde, as falas e acontecimentos das reuniões foram ouvidos atentamente e transcritos em formulários criados para esta finalidade.

Quando da elaboração do projeto de dissertação, eu havia proposto também a técnica de registro por meio de videotape, porém o mesmo não foi utilizado em respeito à solicitação e garantia de anonimato aos sujeitos da pesquisa.

Lüdke e André (1986) colocam que não há regras fixas para se fazer as anotações, mas que algumas considerações podem ser feitas com relação ao quando, como e onde se farão tais anotações. Aconselham a que se faça o mais próximo possível a anotação do fenômeno observado. A forma de registrar também pode variar. Alertam para a importância de se indicar sempre o dia, o local da observação e o período de duração da mesma.

Com relação ao conteúdo dos registros e observações, Lüdke e André (1986), citando Bogdan e Bicen (1982), sugerem algumas diretrizes que podem orientar o registro e a organização dos dados. Na elaboração do formulário para a transcrição dos dados, adotei algumas dessas diretrizes como: descrição dos sujeitos, destacando sua descrição física, maneirismos; modo de vestir, evidenciando as diferenças pessoais; reconstrução dos diálogos registrando as palavras e gestos, utilizando sempre as próprias palavras das trabalhadoras; descrição dos locais relatando tamanho, aspecto, mobília, adornos, todo o ambiente; descrição das atividades relatando as atividades gerais e a participação do grupo nelas; reflexões, descrevendo os aspectos refletidos e a profundidade dos mesmos, assim como as especulações, sentimentos, idéias, dúvidas, impressões e também as possíveis decepções minhas. Neste último item, encontram-se ainda os dilemas éticos, os conflitos, as opiniões e as expectativas; esclarecimentos necessários escrevendo pontos a serem elucidados, aspectos confusos que necessitaram esclarecimentos e elementos a serem mais explorados.

Importante salientar que também foram registradas observações, no diário de campo, das atividades, atitudes, comentários, comportamentos que pudessem denotar mudanças no sentido das trabalhadoras estarem sensibilizadas à conscientização, à transformações na busca do assistir de maneira humanizada o recém-nascido e sua família. Tais observações e registro aconteceram, durante o período em que nos reuníamos e, mesmo depois de encerrados os encontros de grupo, durante minhas atividades no berçário enquanto supervisora de estágio.

Nesta fase, durante as reuniões do grupo, foram discutidas e refletidas situações da prática das trabalhadoras trazidas para a problematização nos encontros. Algumas situações vivenciadas no dia-a-dia, no espaço de trabalho foram trazidas “codificadas” para as reuniões e através do diálogo e reflexão foram “decodificadas” pelo grupo, com

a minha mediatização ou animação. A partir da “decodificação” dessas situações problematizadas é que surge o que Paulo Freire chama de “desvelamento crítico”.

O papel de problematizador desempenhado por mim, neste estudo, é de fundamental importância no processo, pois ele tem a função de mostrar ao grupo, as situações de sua vivência concreta, através de exposição oral, de figuras, gravuras, filmes, etc..., o problematizador traz um retrato da situação, codifica - a . A partir de sua mediação o grupo passa a discutir e refletir sobre a situação codificada, vendo-a no todo, abstraindo-se dela, decodificando-a para depois retornar a sua concretude, agora melhor conhecida e com possibilidades de ser modificada. Esse desvelamento crítico representa a apreensão consciente da realidade que se apresenta, vista com os olhos de quem já vislumbra as possibilidades não experimentadas.

Para desempenhar a função de problematizadora utilizei material bibliográfico para leitura das trabalhadoras sobre o tema a ser tratado, e posterior discussão nos encontros do grupo.

Neste ponto, considero relevante relatar a minha experiência enquanto problematizadora no grupo, em que descrevo meus acertos, escorregadelas ,dificuldades e descobertas.

Certamente este processo não foi fácil para alguém que, como eu, foi educado para seguir prescrições ,buscar adaptações e calar e, talvez por isso, eu tenha tido dificuldades na implementação e desenvolvimento da prática junto às trabalhadoras.

Meu encontro com o Pensamento de Paulo Freire só aconteceu, de maneira mais envolvente, durante o curso de mestrado. Entusiasmei-me, especialmente, por sua crença nos homens, no amor e na possibilidade da utopia. Enfim, na sua mensagem de esperança.

Porém, quando do desenvolvimento do processo, tive dúvidas. Elas não eram

somente relacionadas ao Pensamento de Freire, nem ao seu método. Eram, também, relacionadas ao meu desempenho, a minha condução. Dentro dessas dificuldades encontram-se as “escorregadelas” acontecidas, principalmente por uma postura, às vezes, diretiva e, em outros momentos, pelo tom professoral que imprimi ao diálogo.

Foram várias as ocasiões em que perdi a oportunidade de problematizar, de fomentar discussões e estimular as trabalhadoras a buscar soluções. Também em outros momentos me surpreendi ensinando, repassando conhecimentos, informações como na “Educação Bancária”, que o Pensamento de Freire tanto critica. Considerei importante transcrever algumas das situações em que as “escorregadelas” aconteceram, na 10ª reunião para torná-las mais evidentes.

*Claudete: Vocês me pediram e acho que hoje a gente pode começar por aí. É sobre a ação da fototerapia na icterícia. Vocês me disseram que já leram a respeito mas não ficou muito bem entendido. Daí é o seguinte: vamos pelo princípio, a bilirrubina é um pigmento que dá essa coloração amarela na pele. Ela é resultante da decomposição de alimentos e também da quebra de glóbulos vermelhos, quando quebrados ou destruídos como na incompatibilidade sanguínea da mãe e da criança...*

Continuei falando durante, praticamente, todo o encontro. Perdi a oportunidade de problematizar com elas. Como haviam feito uma leitura prévia, uma consulta bibliográfica, eu poderia ter questionado o que já sabiam, quais as dúvidas e, juntas, poderíamos saná-las. Porém, o papel da professora se sobressaiu, em detrimento da função de problematização e, apenas, repassando informações.

Mas, também, houve momentos e situações em que a problematização aconteceu e auxiliou as trabalhadoras a questionarem a assistência prestada por elas no dia-a-dia, e a buscarem soluções.

*Maria: Tudo o que nós fazemos, cada pequena coisa que nós fazemos, é sempre pro bem do recém-nascido.*

*Claudete: O que seria “uma pequena coisa”?*

*Maria: São coisas básicas, que dentro do berçário se tornam grandes coisas. Lavar uma seringa bem lavada pra não dar infecção, uma desinfecção bem feita, porque o recém-nascido é muito frágil. Por mais simples a coisa que tu faz ela é muito importante pro bem do recém-nascido .*

*Neide: Nós andamos olhando, lá naquele livro, aquele que tu falaste (...) Diz que é o feto depois que corta o cordão (umbilical) até vinte e oito dias.*

*Solange: Por que tem que ser em dias? (...) Prá mim RN é até...*

*Claudete: é porque o tempo gestacional é contado em semanas. O mês que se conta na gestação é o mês lunar. Quantas fases tem a lua?*

*Solange: Quatro. Lua cheia, lua minguante, lua nova e lua crescente.*

*Claudete: Quantos dias dura cada fase?*

*Solange: Acho que é sete dias. Uma semana.*

*Claudete: De uma lua cheia a outra lua cheia quanto tempo demora?*

*Neide: (Conta nos dedos) São quatro fases, 4 semanas.*

*Claudete: Quatro semanas de sete dias ,que dá...?*

*Solange: vinte e oito dias! Ah! Mas é a mesma coisa que um mês, então?*

Foi gratificante, especialmente no trecho destacado da reunião dezessete, perceber o crescimento do grupo, no sentido de buscar subsídios na bibliografia existente para seu conhecimento e aprendizado. Também foi gratificante auxiliá-las no processo de descoberta e compreensão plena das informações encontradas nos livros. Mas, acima de tudo, foi uma experiência que proporcionou amadurecimento meu e do grupo de trabalhadoras. Amadurecimento do grupo, no sentido de se sentirem capazes de



perceber, discutir, buscar subsídios para o seu crescimento e para uma assistência mais humanizada ao recém-nascido e sua família. Amadurecimento meu, no sentido de ter-me flagrado diretiva, repassadora de conteúdos, reprodutora da “educação bancária”. Certamente meu crescimento e do grupo não está findo. Muito ainda poderei descobrir e melhorar, mesmo porque estou consciente da inconclusão do homem.

### *3º Fase: Analisando e Interpretando a Prática das Trabalhadoras*

O processo de análise se deu através dos dados registrados no instrumento de coleta de dados e diário de campo.

Em alguns momentos, ocorreu de forma solitária, especialmente quando era feita uma análise preliminar por mim, para posterior validação ou retificação no grupo, numa próxima reunião.

Para analisar os dados, utilizei a técnica de Análise de Conteúdo descrita por Bardin (1979), como um conjunto de técnicas com o objetivo de analisar o conteúdo de mensagens. Através de leitura e interpretação do conteúdo de qualquer tipo de documento, tal técnica permite análises objetivas tanto qualitativas como quantitativas favorecendo a compreensão aprofundada de seu significado (Lunardi, 1995).

Optei pela análise de conteúdo por entender que é a técnica mais adequada para favorecer a compreensão das mensagens verbalizadas ou mesmo as não verbais, das trabalhadoras de enfermagem sujeitos da pesquisa.

Primeiramente, após a ordenação dos dados, foi feito uma leitura de todo o relato produzido, apenas com o objetivo de favorecer o contato com o material ordenado, na sua totalidade. Em seguida, foram feitas várias leituras, desta vez de maneira atenta, nas quais sublinhei as palavras ou idéias que considerava relevantes na fala das trabalhadoras. O objetivo desta atividade foi o de proporcionar o levantamento

das unidades temáticas ou temas.

Tema é a unidade com significação que se sobressai do texto e guarda relação com a teoria que guia a leitura (Bardin, 1979), e pode ser representada graficamente por **“uma palavra, uma frase, um resumo”** (Minayo, 1993.p.208).

A organização dos dados em unidades temáticas é o instrumento principal para a ordenação e análise da realidade estudada. Também é de fundamental importância a articulação das unidades temáticas que surgem, com a teoria existente, para possibilitar a interpretação da realidade. Desta maneira, entre a informação empírica (dados brutos) e a construção teórica (unidades temáticas) há sempre uma articulação coerente (Ezpeleta e Rockwell, 1986).

As frases e palavras que continham o mesmo significado e guardavam relação com o referencial teórico, seguindo os objetivos pretendidos, foram agrupadas, reunidas, até reduzirem-se a unidades temáticas. Desta forma, cheguei a quatro unidades temáticas que serão descritas e discutidas no capítulo referente à análise dos dados.

#### *4º Fase: Compartilhando os Resultados*

Entendo por compartilhar o ato de dividir e somar conhecimentos, experiências e vivências com outras pessoas, do próprio grupo de prática, do próprio corpo profissional ou não, que tenham interesse neste tema.

O compartilhar com o grupo aconteceu em cada encontro, nas reuniões e no espaço de trabalho. Compartilhamos descobertas, desabafos, conhecimentos, vivências, frustrações, aspirações e, sobretudo, o desejo de bem assistir ao recém-nascido e sua família e a esperança de que essa assistência torne-se cada vez mais humanizada e humanizante.

Além de compartilhar com o grupo a experiência vivenciada em nossa prática,

penso que deva também ser compartilhada com os trabalhadores de enfermagem em geral, pois acredito que não deva ficar guardada e sim ser divulgada e mostrada para quem sabe, auxiliar no processo de amadurecimento da enfermagem enquanto profissão. Entendo que essa forma de compartilhar passa a acontecer a partir da publicação e divulgação do relatório (dissertação) a respeito da experiência vivenciada no processo.

Também devem ser utilizados os canais de divulgação informais para fortalecer a tomada de consciência do conjunto da população interessada. “(...) A tomada de consciência se desenvolve quando as pessoas descobrem que outras pessoas ou outros grupos vivem mais ou menos a mesma situação” (Thiollent, 1986 p.72).

#### 4. ANÁLISE DOS DADOS

Dar o primeiro passo para a análise dos dados constituiu-se numa tarefa difícil. Talvez a etapa mais árdua de todo o processo. Sempre houve uma preocupação, de minha parte, com relação à qualidade na discussão e análise dos dados encontrados. A busca de subsídios para analisar os dados levantados no estudo com as trabalhadoras de enfermagem do berçário, levou-me a muitas leituras de outros estudos que utilizaram metodologia participante e também muitas obras relacionadas ao assunto, na crença de que encontraria nelas o caminho mapeado. Porém, à medida que lia pude perceber que não há traçados nítidos a serem seguidos, mas somente tênues linhas para balizar o caminhar.

Desta maneira, debruçei-me sobre as transcrições das reuniões e através de exaustivas leituras e agrupamentos cheguei às unidades temáticas, e suas subunidades, que passarei a descrever neste capítulo.

**O Espaço da Problematização** constituiu-se na primeira Unidade Temática, que dividiu-se em duas subunidades: **o espaço do diálogo/reflexão e em transformação/conscientização.**

A segunda unidade temática denominou-se **Trabalhadoras de Enfermagem do Berçário** e foi composta das subunidades: **enfermagem, os super-seres, ambigüidades.**

Ao implementar a prática educativa problematizadora junto às trabalhadoras de enfermagem do berçário buscou-se a **Assistência de Enfermagem Humanizada**, terceira unidade temática.

A assistência de enfermagem humanizada buscada pela prática educativa problematizadora junto às trabalhadoras de enfermagem do berçário, visava refletir sobre a prática diária das trabalhadoras que assistem o **Recém-nascido e sua Família**, quarta

unidade temática do estudo, que teve como subunidades **o neném e os pais**.

Passo agora a falar de cada uma das unidades e subunidades temáticas, mostrando minha percepção e interpretação dos dados encontrados. Optei por transcrever falas e trechos das reuniões que considero importantes para a maior compreensão, por parte do leitor e, também, para ilustrar a análise.

Após cada fala transcrita constará ,entre parênteses ,o número da reunião onde tal aconteceu. Considero importante ressaltar o número das reuniões para que se possa perceber a evolução e crescimento do grupo e dos sujeitos.

**O espaço da Problematização** configurou-se na oportunidade para o grupo da criação de um espaço e um momento no qual pudessem ser discutidas e refletidas as vivências de sua prática diária.

**O espaço do diálogo** foi incentivado por mim para fomentar debates, discussões e reflexões acerca da prática diária das trabalhadoras de enfermagem do berçário, no sentido de buscar assistir o recém-nascido e sua família de maneira mais humanizada.

Este espaço de diálogo foi também um espaço de aprendizagem, trocas e, além de tudo, um espaço de comemoração. Dentro deste espaço, nos conhecemos melhor enquanto pessoas, nossas expectativas, experiências e sentimentos.

Um fato que considero relevante para o entrosamento do grupo foi o de compartilharmos uma refeição a cada encontro. A partilha de uma refeição é um ato eminentemente social. Está presente em todas as culturas desde os primórdios da humanidade. Madureira (1994) também observou, no seu estudo com mulheres primogênicas, que a criação de um momento de comemoração social, em que lanchavam juntas, auxiliou na formação de um vínculo e entrosamento do grupo. Creio que a criação deste espaço informal de trocas, debate e reflexão favorecem bastante a

relação dialogal do grupo. Este caráter dialogal e informal foi percebido e verbalizado por Amanda como que sintetizando o pensamento do grupo:

*Amanda: “É porque aqui é um debate. Cada uma fala o que pensa, sem medo, sem ninguém ficar magoado.”(R3)*

No trabalho desenvolvido por Freire e sua equipe para alfabetização de adultos, o espaço do debate era onde os alunos, mediados pelo coordenador ou problematizador, faziam a análise, chamada pela equipe de **descodificação de uma situação apresentada**.

Para Freire (1980,p.82), o diálogo “é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo para designá-lo”. Nesta perspectiva, o diálogo é o espaço para que os homens conheçam, criem e recriem o mundo, transformando-o , uma vez que só se pode transformar algo após o conhecimento deste objeto de conhecimento. Este diálogo, portanto, não é apenas um depositar e trocar idéias. O diálogo que tentamos realizar com o grupo tinha um propósito, um objetivo a ser alcançado, a humanização da assistência de enfermagem ao recém-nascido e sua família. No pensamento de Freire, o diálogo, numa visão mais ampla, é mediador, é caminho para a humanização dos homens. A humanização parece ser o único caminho possível ao homem que se sabe homem-no-mundo, pois que é parte da inconclusão humana.

A fala de Amanda, transcrita anteriormente, denota o caráter dialogal criado para a reflexão da prática diária das trabalhadoras. O espaço criado também foi entendido pelas trabalhadoras como o espaço para aprendizagem e crescimento enquanto pessoas e enquanto trabalhadoras, para exercerem suas funções com mais qualidade.

Quando questionada sobre a sua participação nos encontros, Amanda responde:

*Eu pra mim, eu acho, que é até pelo meu trabalho...porque é pra gente se sair melhor. Além de eu compartilhar com vocês, eu ganho muito mais. É muito*

*importante pra mim. Eu acho assim. (...) A gente já na hora que tá fazendo o atendimento, a gente já lembra que deve atender bem. (R3)*

Vários foram os momentos em que, no espaço do diálogo, as trabalhadoras aproveitaram para questionar e solicitar-me que esclarecesse algumas dúvidas a respeito de conhecimentos técnico-científicos sobre o cuidado com o recém-nascido e sua família.

Todos os questionamentos foram discutidos e esclarecidos nas próprias reuniões. Nestes momentos de troca e aprendizagem, foi se fortalecendo o vínculo entre nós. Vínculo já verbalizado numa das primeiras reuniões, quando Solange diz que só estava participando das reuniões porque era eu. Alguém já conhecido delas e, por quem, de certa maneira, tinham alguma consideração e apreço. Tal fato tem coerência com a prática educativa implementada, pois para que haja um diálogo sincero entre os homens e destes com o mundo, é necessário uma atitude de humildade dos homens, para que possam aprender e atuar neste mundo, transformando-o (Freire, 1980). Neste tipo de diálogo, há necessidade de um clima de confiança mútua entre os que dialogam, que os leva à colaboração cada vez maior na tarefa de apreensão do mundo.

O diálogo também foi visto pelas trabalhadoras, como meio de solucionar desavenças e desencontros entre elas, como fica evidente no trecho que segue:

*Claudete: Maria... e como é que a gente pode fazer pra ter essa união?*

*Maria: Eu acho que é com o diálogo (...) Sem diálogo não dá pra trabalhar.*

*Amanda: Mas às vezes não dá pra se entender.*

*Solange: Mas aí tem que falar que o profissionalismo tá em primeiro lugar.*

*Maria: Mas é isso aí. É falta de diálogo. (R5)*

À primeira vista, o entendimento de diálogo manifestado pelo grupo pode parecer simplista, pois que parece tão somente denotar o sentido de conversa com outra pessoa. Porém, ao olhar-se de forma mais atenta, pode-se perceber que entendem o

diálogo como uma conversa sincera entre duas pessoas com a intenção de solucionar mal entendidos, buscando que estes não interfiram na assistência que prestam ao recém-nascido e sua família. Desta forma, estão buscando transformar uma situação real, para torná-la mais humana, o que torna esse diálogo sincero, humilde e transformador do seu mundo, do seu desafio naquele espaço físico e temporal.

Considero importante salientar que as colocações sobre diálogo mencionadas aconteceram na quinta reunião e que o assunto volta a ser mencionado e melhor discutido na décima sexta reunião, quando há uma compreensão mais elaborada do mesmo.

*Claudete: O que nós estamos fazendo aqui?*

*Solange: Tamos fazendo um diálogo.*

*Neide: Duas pessoas, no mínimo.*

*Solange: Pessoas ,assunto...(R16)*

Após algumas colocações e considerações feitas sobre diálogo, e após um breve desvio, quando o grupo colocou sobre experiências de sua prática, Neide afirma:

*Neide: Já dialogamo até agora viu? Tinha assunto, tinha pessoas e ó...*

*Claudete: Nós tínhamos emissores ,receptores, a mensagem e qual era o objetivo?*

*Neide: A humanização.(R16)*

Desta vez, foram verbalizados todos os componentes do diálogo, bem como explicitada a sua intencionalidade, sua função transformadora.

O diálogo é a essência da ação revolucionária, que tem como objetivo a humanização dos homens. Desta forma, a colocação de Neide denota a compreensão da essência do diálogo enquanto caminho para a humanização.

Também foi uma constante nos encontros, especialmente nos primeiros, o



silêncio. Por vezes, deixou-me ansiosa, pois parecia que o grupo não poderia ir além, não conseguiria vencer a situação-limite que se apresentava. As situações-limite são aquelas as quais parece não se poder ir além, por ser uma possibilidade ainda não experimentada e, por não tê-la experimentado, o homem se cala, não fala sobre ela. Ele silencia. De acordo com Freire (1980.p.62) “*Ser silencioso não é não ter uma palavra autêntica, mas seguir as prescrições daqueles que falam e impõem sua voz*”. Sendo assim, em muitos momentos, o silêncio aparece como conformismo, como no dizer de Maria, sobre a busca da assistência humanizada.

***Maria: Tentar é fácil. O difícil é mudar a cabeça das pessoas. Esse é que é o problema.(...) Isso é coisa muito difícil de conseguir.(R6)***

Em muitas situações, o silêncio foi quebrado pelo uso de chistes, numa forma de desviar o assunto, ganhar tempo ou, talvez, minimizar constrangimentos.

***Solange: A Raquel veio por causa do empadão (prato servido na refeição que fizemos juntas). (R2)***

A todos os chistes utilizados, na maioria das vezes por Solange e Neide, o grupo responde com risos.

O uso do cinismo e de chistes pode ser visto como uma forma de “respiradouro”(Rezende, sd), da mesma maneira que os desvios para conversas sobre banalidades. Este mecanismo tem sido utilizado, na enfermagem, para tornar mais ameno o sofrimento no trabalho e no enfrentamento das situações-limite.

Volta o silêncio. Após alguns minutos:

***Claudete: Voltamos ao silêncio, então?***

***Maria: Acabou o assunto.***

***Solange: Olha Claudete, a fita tá quase acabando também (a fita estava no começo) Fala Raquel. A Raquel não fala!***

Voltam a ficar caladas. Começam a olhar o relógio

*Solange: Olha Claudete, hoje ninguém tá inspirado. Acho melhor deixar para outro dia. (R6)*

*Solange: Tem coisa que não dá pra mudar. Tem coisa que tem que ficar igual.*

*Raquel: Aquilo ali não pode mudar nada. (R7)*

*Solange: Ali não tem que mudar, porque tem que ser tudo mecânico mesmo.*

*Neide: Essas mudança elas não vão fazer.”(R8)*

As trabalhadoras não justificam suas posições, apenas afirmam que alcançar uma assistência de enfermagem mais humanizada ao recém-nascido e sua família é difícil, que mudar é impossível. Sua apreensão do mundo parece estar em nível de consciência que Paulo Freire chama de semi-intransitiva. As pessoas, neste nível de consciência, estão numa tal imersão na realidade, que não conseguem distanciar-se dela para poder vê-la melhor. Desta forma, não conseguem perceber os desafios do cotidiano, nem vislumbrar as possibilidades que se apresentam.

Considero importante salientar que tais posicionamentos estiveram bastante presentes até a oitava reunião. Nas reuniões seguintes, passaram a ser mais escassos e, quando se apresentavam, eram corrigidos ou contra-postos por alguma das trabalhadoras, no sentido de que iriam continuar tentando, que estavam dispostas a refletir sobre as possibilidades.

No decorrer das reuniões foram sendo percebidas mudanças de atitude, de postura, que foram observadas por mim tanto nos encontros do grupo, quanto no ambiente de trabalho. Tais atitudes e posturas compõem a subunidade em **transformação/conscientização**, que será tratada posteriormente.

Para Paulo Freire (1980), no verdadeiro diálogo do homem com outros homens,

para a apreensão do mundo é imprescindível a reflexão, que possibilita um repensar a realidade que cerca o homem e da qual ele é parte integrante, embora, às vezes, não integrado. O termo reflexão é de origem latina e significa “voltar atrás”. “É pois, um repensar...”(Saviani,1986.p.23).

Entendo reflexão como o processo pelo qual o ser humano pensa e repensa o mundo e suas ações. Acredito que a reflexão é um pensar sobre um agir para formar um reagir. Este reagir é uma nova forma de ação. Ação consciente e crítica sobre a realidade a ser transformada.

Durante as reuniões, as trabalhadoras deram à reflexão o sentido de análise para conclusão sobre um determinado fato, ação ou discurso. Tal percepção revela ainda, um nível de consciência ingênua, pois a reflexão não encaminha necessariamente a uma conclusão mas, implica na possibilidade da dúvida e não demarca obrigatoriamente a certeza. O trecho a seguir demonstra esta percepção ingênua:

*Claudete: Há pouco vocês falaram que eu tava refletindo, lembram?*

*Neide: Tu tava só analisando o que a gente tava falando pra chegar a uma conclusão.*

*Claudete: Então para vocês, o que é refletir?(R16)*

*Neide: Refletir é pensar melhor sobre certas coisas. De repente começa a pensar porque tu fizesse aquilo, que da próxima vez tu vai fazer diferente, vai fazer melhor.*

*Solange: Ou vai refletir antes de fazer.*

*Raquel: Reflexão é a gente pensar bem as coisas pra não fazer errado.*

*Claudete: E se a gente já fez?*

*Raquel: A gente vai refletir pra ver se fez errado e da próxima vez, fazer diferente*

*Neide: então quem faz sempre errado é porque não pensou.*

*Solange: é porque acostuma. É igual fazer bolinho de banana, sempre do mesmo jeito, e só quando acontece alguma coisa é que vai buscar a resposta.*

*Neide: Então não tem nada naquelas cabeças. (outras trabalhadoras)*

*Claudete: às vezes é necessário que venha alguém de fora para despertar essa necessidade.*

*Neide: Nós estamos discutindo, dialogando, refletindo e tentando fazer a mudança. (R16).*

O trecho destacado permite vislumbrar o entendimento das trabalhadoras sobre a reflexão. Concebem reflexão como um repensar, sobretudo, a respeito de suas ações cotidianas, do senso comum. Também como um instrumento para recompor suas ações, torná-las “diferentes”, torná-las “melhores”. Ou seja, denotam a compreensão dinâmica da ação-reflexão-ação refletida, podendo torná-la modificada, melhorada.

Na fala de Solange, a respeito dos “bolinhos de banana” pode-se perceber que a reflexão não é uma atitude presente no dia-a-dia das trabalhadoras. Ao que parece, elas só se atêm à busca de mudança, a partir do momento que a dificuldade aparece. O “costume” de fazer “bolinho de banana” só vai ser modificado quando alguma coisa não der certo. Só, então, buscar-se-á encontrar a causa e resolução para o problema.

De acordo com Freire, só a partir do diálogo e da reflexão dos homens entre si e com o mundo, é que eles passam a vislumbrar as possibilidades de resolução e de transformação da realidade a partir dos problemas que se apresentam no dia-a-dia.

Muitas vezes o homem não consegue vislumbrar as possibilidades por estar imerso na tradição, na rotina diária. E é por estarem “acostumados” as suas ações “rotinizadas”, que as trabalhadoras de enfermagem do berçário, imersas no seu que-fazer diário, não percebem as possibilidades não experimentadas que se apresentam para além

das situações-limite<sup>4</sup>.

Suas colocações, no trecho transcrito, permitem intuir que estejam emergindo de sua tradição e do seu cotidiano rotinizado, para admirá-lo, dialogar com ele, refletir sobre ele e interferir nele para mudá-lo, melhorá-lo e torná-lo mais humanizado e humanizante.

Estas trabalhadoras, no dizer de Freire, parecem estar saindo do nível de consciência semi-intransitiva, passando pelo nível de consciência transitivo-ingênuo para, quem sabe, atingir o nível de consciência crítica, ou de conscientização.

A percepção dessa condição das trabalhadoras aponta para outra subunidade temática: **em transformação/conscientização**.

Dentro dessa subunidade temática, abordo os pontos que, acredito, apontam alguma “mudança”, algum indício de “transformação” no grupo de trabalhadoras. Tais transformações são evidenciadas por alguma fala, posicionamento ou ação, tanto dentro do espaço do diálogo (reuniões), quanto no espaço cotidiano das trabalhadoras (o berçário).

É importante salientar que as “transformações” não aconteceram de maneira uniforme no grupo. Algumas das trabalhadoras, no início dos encontros, pareciam já estar mais sensibilizadas que outras. Amanda denotou desde os primeiros encontros o desejo de aprender, para si e para melhorar no trabalho.

*Amanda: Eu...eu posso falar por mim né? Como vocês sabe eu não estudei nem nada, o que eu sei é só um pouquinho. Então, o que eu espero aprender, crescer. Acho que vou aprender muita coisa aqui com vocês, que são mais estudada, sabe mais que eu, que nunca estudei. (R2)*

Em alguns momentos, critica as colegas que não querem participar das reuniões

---

<sup>4</sup> Importante se faz ressaltar que as colocações feitas pelas trabalhadoras aconteceram na 16ª reunião, de um total de dezoito. Ou seja, creio que na reunião dezesseis as trabalhadoras do grupo, já encontravam-se sensibilizadas e atentas a problematização do dia-a-dia.

apesar de serem convidadas.

*Amanda: Tem pessoas que são pobre de espírito.(...) Falta de interesse. Uma hora a mais, uma hora a menos, não faz mal pra ninguém.(...) Mas é coisa do trabalho da gente. Elas devia ter interesse.(...) eu pra mim eu acho que é até pelo meu trabalho, porque é pra gente se sair melhor, atender melhor.(R3)*

Com exceção de Amanda, as outras trabalhadoras do grupo não apresentavam ainda a sensibilização para a possibilidade não-experimentada. Encontram-se, ainda, no nível de consciência que Paulo Freire chama de semi-intransitiva, como pode ser percebido quando se analisam as falas:

*Solange: Tá todo mundo sem vontade.(R3)*

*“Eu só vim porque era tu. A gente tem amizade, te conhece de tempo. Se fosse outra pessoa... (fez sinal com a cabeça denotando que se não fosse eu, ela não estaria presente).(R2)*

*“A gente desanima porque é pouca gente (...) Eu acho que se tivesse mais gente ia ficar mais animado, a gente ia falar mais”(R3)*

*Maria: (...) Pra mudar tem que chamar todos os funcionário ,porque só nós não adianta.*

*Neide: Por isso é que não dá certo (as próprias funcionárias não acreditam).*

*Claudete: E o que vocês sugerem?*

*Maria: A mudança tem que ser feita para o próprio trabalho.*

*Amanda: é ...eu não gosto de falá, mas se a gente ficá esperando que todo mundo participe, a gente não vai fazê nada é nunca (risos). É verdade, Claudete.(R6)*

Mais uma vez, Amanda é a única que parece estar sensibilizada para a necessidade de melhoria na qualidade da assistência. Demonstra a crença que as transformações podem acontecer no micro-espaco. Ela parece emergir do nível de

consciência transitivo-ingênuo e se encaminhar para o nível de consciência crítica. As outras trabalhadoras do grupo ainda não conseguiam vislumbrar as possibilidades não experimentadas que se apresentavam. Porém, a partir do estabelecimento de um objetivo comum, nascido de uma necessidade real, do seu concreto vivido, parece haver um despertar do grupo para o experimentar as possibilidades que se apresentam para se solucionar a problemática do baixo estoque de leite humano no banco de leite, como demonstra o trecho a seguir:

*Claudete: Nós ficamos de falar hoje, também sobre o estoque do banco de leite. Alguém ficou encarregado de falar com a diretora. Quem foi?*

*Solange: Ela não veio (falou escondida atrás de uma fralda)*

*Claudete: Eras tu? Esqueceste?*

*Solange: Ela (diretora) anda braba. Ela vai dizer: Não tem dinheiro, não tem dinheiro*

*Neide: É só ir na Igreja do Reino de Deus! (risos) Banco de Leite do hospital precisa de leite.*

*Solange: Ela (diretora) já quis acabar com tudo aqui (Banco de Leite). Pra arrumá as máquina é um trabalho. Tem três ,mas tá sempre com defeito.*

*Claudete: Com relação ao estoque baixo. O que é que a gente vai fazer?*

*Neide: Orientar pras mãe que tão tendo neném agora, pra elas virem doar.*

*Solange: Ou até, até Claudete, um panfleto. Um folheto pra gente colocar no quarto. (...) Claudete, a gente podia botá um cartaz nos postos onde tem pré-natal. (R10)*

Cabe salientar que, à época, não foi possível solucionar-se o problema do baixo estoque de leite humano, em função de não se conseguir o conserto das máquinas (esgotadeiras elétricas), o que levou o grupo a decidir esperar para efetivar a campanha

de doação. Hoje, porém, mesmo sem a minha presença direta, o objetivo foi alcançado e o estoque de leite humano encontra-se regularizado, pois o grupo encontrava-se motivado pelo trabalho desenvolvido no encontro e, assim que possível, deflagraram a campanha com panfletos e orientação junto às puérperas.

Creio que o fato, se por algum tempo frustrou o grupo à época, por outro fortaleceu-o e permitiu que as trabalhadoras vislumbrassem as possibilidades não experimentadas, a partir da concretude do seu cotidiano. Além disso, as trabalhadoras atribuíram grande importância ao leite humano como coadjuvante na recuperação, especialmente, de recém-nascidos pré-termo. Alguns outros fatos, ou atos, denotaram já uma mudança de atitude das trabalhadoras. Tais acontecimentos foram registrados por mim durante o espaço do diálogo, como forma de celebrar e estimular as trabalhadoras na sua caminhada para a transformação da assistência de enfermagem ao recém-nascido e sua família.

Também foram observadas na prática diária algumas ações que indicam alguma mudança. Por exemplo, o fato de haver presenciado a Amanda “comprando uma briga” com a escriturária, para que uma mãe pudesse entrar na sala dos pré-termo para amamentar o filho que não podia ficar muito tempo sem oxigênio. E o mais importante é que ela teve o respaldo do grupo. Como exemplo, também pode ser citado o fato de elas estarem empenhadas para resolver o problema do estoque do banco de leite, de procurarem dar mamadeira com o recém-nascido no colo, de buscar uma união, de Solange dar autorização formal para o pai daquelas crianças trigêmias entrar fora de hora. Acho importante esta compreensão pelo ponto de vista dos pais.

Os acontecimentos mencionados não haviam sido percebidos, ao que parece, pelas trabalhadoras como indicadores de mudança. Porém, para mim são demonstrações de que as trabalhadoras já estão “modificadas”, pela interiorização de conceitos



discutidos nas reuniões, e também motivadas para assistir de maneira humanizada o recém-nascido e sua família.

Apesar de ainda algumas delas manifestarem, ingenuamente, a crença de que só poderão melhorar a assistência se todas as trabalhadoras do berçário participassem das reuniões, outras já demonstraram o entendimento de que é necessário iniciar a caminhada, mesmo sem a participação de todas, como evidencia o trecho a seguir:

***Maria: Pra mudar uma rotina tem que chamar todos os funcionários. Porque só nós não adianta.***

***Claudete: E o que vocês sugerem ?***

***Maria: Uma reunião com todos. A mudança tem que ser feita para o próprio trabalho. (R6)***

***Solange: Ali não tem o que mudar, porque tem que ser tudo mecânico mesmo. (R8)***

***Amanda: Eu acho que a gente sempre pode melhorar. Porque quando a gente chegou, as coisa já era assim e continua assim até hoje, né Claudete? Eu não tenho estudo, mas eu acho que a gente deve sempre procurar melhorar ,se atualizar, pra trabalhar melhor e pra vivê melhor.***

***Neide: A senhora tá certa. Só que é difícil a gente mudar o que já tá ali, que a gente vem fazendo sempre. Mas eu acho que pelo menos a gente tá parando pra pensar .(R8) Se não começar nunca vai acontecer. (R14)***

Outro dado que demonstra a transformação do grupo é o fato das trabalhadoras perceberem as outras trabalhadoras do berçário (as que não participaram das discussões) de maneira “diferente”. Também o grupo se percebe diferente, se percebe “marginalizado” pelas outras trabalhadoras.

É interessante atentar para este momento em que as trabalhadoras do grupo apontam erros e falhas das outras trabalhadoras. Erros e falhas que há algum tempo também eram praticados pelo grupo, porém sem se darem conta. Conseguem captar a acomodação das outras trabalhadoras, bem como verbalizar seu inconformismo com o fato. Se por um lado são marginalizadas pelo grande grupo, por outro são críticas ferrenhas da acomodação das colegas.

Tal fato parece apontar para a sua saída do nível de consciência semi-intransitiva para o nível de consciência transitivo-ingênua, uma vez que, apesar de perceberem a problemática apresentada no seu dia-a-dia, creditam a causa de sua irresolubilidade à acomodação das colegas. Não assumem a responsabilidade, nestes momentos, de se conduzir para a possibilidade não experimentada (Freire, 1980) e, de certa maneira, também se acomodam.

*Amanda: Essas é que deviam estar aqui, mas não. Eu fico revoltada com as colegas que não tão nem interessada em melhorar o trabalho. Eu não posso com isso. (R7)*

*Solange: Entra com a mão suja e já vai pegando o bebê(...) Fica:- lava as mão...Ei lavasse a mão? Acho assim: ninguém é criança! Eu vou levá uma cinta ! (risos) (...) Porque semana passada tinha um com infecção ocular e pegou em todo mundo. É do manuseio. Tinha um. (R14)*

*Neide: E ainda ficam reclamando da gente, porque a gente faz e fala que tem que fazer. Porque a gente quer mudá alguma coisa. Porque a gente tá vindo pras reuniões contigo.(...) Não vê que já te criticaram? (...) é. Elas dizem que assim como tá, tá bom e que a gente é chata. (R16)*

À medida que as reuniões foram acontecendo e as discussões e reflexões evoluindo, também o posicionamento foi tornando-se diferenciado e revelando, cada vez

mais, as trabalhadoras caminhando para o nível de consciência crítica.

Ainda, até a última reunião, pôde perceber-se que as trabalhadoras estavam em trânsito, com relação ao nível de consciência, pois a semi-intransitividade pode estar presente na consciência transitivo-ingênua e na consciência crítica. É difícil traçar uma linha divisória entre os três níveis de consciência, pois o ser humano não é um objeto, não é composto por partes estanques.

Durante, principalmente, as últimas reuniões, as trabalhadoras do grupo deixaram claro suas intenções de melhorar a assistência de enfermagem ao recém-nascido e sua família, para torná-la mais humanizada, conforme as falas:

*Solange: Olha, domingo passado, eu me sentei lá. Ai a Joelma (mãe): Moça eu posso tocar nela? Eu disse: pode. Lava bem a mão e pode tocá nela.*

*Neide: Ela disse: essa noite eu não vou nem dormir, moça.*

*Solange: Eu acho que amanhã eu vou pegá uma folha e botá lá tudo que pode ser feito com o nenê na hora da visita. Deixar tocá, botá no peito pra mamá, tudo. Vou fazê direitinho e dar pra Marisa passar no computador, e depois eu vou colar lá na parede. (...) Vou falá com o Dr. amanhã, pra colocá um cartaz pra toda criança que for pro oxigênio fazer a proteção (ocular). (R13)*

*Neide: (...) a gente continua fazendo o que a gente acha certo. (...) Nós tamos dialogando, discutindo, refletindo e tentando fazer a mudança. (R16)*

Um dos objetivos deste estudo foi a elaboração, com as trabalhadoras, de uma proposta de assistência humanizada ao recém-nascido e sua família. No último encontro, as trabalhadoras apresentaram uma proposta de atendimento de rotina do RNs em sua admissão no berçário, bem como aos RNs internados.

Embora a proposta tenha se atido somente ao atendimento de rotina ao RN, sem uma visão mais ampla, extensiva à família, creio ter sido importante, pois foi o que o

grupo conseguiu produzir naquele momento. Foi relevante, também, por ter reunido as trabalhadoras para discutir, refletir e sugerir.

A proposta de atendimento de rotina encontra-se no anexo 03, porém considero importante ressaltar algumas das sugestões feitas pelo grupo com relação ao atendimento do RN ainda na sala de parto e a relação dos pais.

*Solange: (...) que a mãe deve receber maior informação sobre o estado do neném, principalmente pelo pediatra.*

*Neide: Nós achamos que ele tem que esclarecer pra mãe sobre o estado da criança e não fugir e deixar o pepino pra enfermagem.*

*Claudete: Além disso o que tá escrito aqui é "questionar as mães sobre doenças de relevância da família ou da mãe". Isso seria pesquisado em que momento?*

*Solange: É naquela fichinha que elas tem lá na sala de parto, né ?*

*Neide: Isso, tendo na ficha, é só assinalar. Não vai esquecer de perguntar.*

*Solange: Sugerir outra vez alojamento conjunto, né Claudete? Porque teve uma vez que tava tudo certo e a direção deu prá trás.*

*Solange: Também, se quem recebesse o RN na sala de parto já aspirasse bem o RN, não haveria necessidade de uma nova aspiração, que é traumatizante para o RN.*

*Neide: (...) Eu acho, também que elas precisam de treinamento. Porque as vezes o RN nasce mal e invés delas já fazerem alguma coisa, elas vem correndo para o berçário. Daí já é tarde. (...) Daí, às vezes já tá com seqüelas. E a gente não pode fazer mais nada. (R18).*

É interessante perceber-se a clareza que as trabalhadoras têm sobre a importância dos primeiros momentos de vida do RN, bem como a influência da história de saúde de

sua mãe e da família sobre a saúde do mesmo. Também é clara a compreensão que têm do papel médico junto aos familiares do RN e do direito que os mesmos têm a informações fidedignas e uma linguagem acessível, sobre o estado de seu RN.

Parece haver a percepção, por parte das trabalhadoras, da necessidade de melhoria na qualidade da assistência. Percepção revelada na proposta de atendimento ao RN, elaborada pelo grupo, de serem incluídos cuidados como:

- \* Vestir o RN e levar para junto da mãe, após avaliação do neonatologista. Este procedimento deve ser realizado o mais precocemente possível para facilitar a interação do binômio mãe-filho. Estimular e auxiliar na amamentação.

- \* Favorecer a entrada dos pais para a visita ao RN que necessita ficar internado, incentivando o contato com o mesmo.

- \* Oferecer alimentação no colo, sempre que possível conversando com o RN para facilitar a interação deste com o grupo e o ambiente. A alimentação deve ser oferecida pela mãe, sempre que possível.

- \* Favorecer a visita de familiares. Estimular o toque, especialmente dos pais. Orientar os pais na paramentação, higiene das mãos. Estimular a conversação deles com o RN.

Embora haja indícios favoráveis, no sentido de ter ocorrido uma sensibilização do grupo para a necessidade de tornar a assistência ao recém-nascido e sua família mais humanizada e, apesar das atitudes das trabalhadoras na busca, ainda parecerem tímidas ou ingênuas, creio serem de fundamental importância, pois são um primeiro passo de uma caminhada que não será nem fácil, nem curta, mas que se mostra possível, mesmo com, e apesar das dificuldades de caráter institucional apresentadas.

A segunda unidade temática encontrada foi **Trabalhadoras de Enfermagem do Berçário** que tem como subunidades: **enfermagem, super-seres, ambigüidades.**

Sendo a Unidade Temática Trabalhadoras de enfermagem do Berçário, importante se fez trabalharmos o conceito de Enfermagem dentro das reuniões.

Em princípio, as trabalhadoras verbalizam o entendimento que têm de **enfermagem** relacionada ao RN. Aos poucos, mediatizadas por mim, iniciam a verbalização de enfermagem no contexto mais amplo, conforme o trecho a seguir:

*Neide: É aquela que cuida do RN, (...) se preocupa.*

*Solange: é aquela que acha veia...*

*Raquel: Enfermagem é cuidado. É isso aí.*

*Neide: Enfermagem é uma parte importante, porque sem a enfermagem o médico não consegue trabalhar. Tem que ter uma enfermagem que goste também senão não adianta muito. (R 17)*

Apesar da definição simplista de enfermagem, há uma compreensão do aspecto interdisciplinar da enfermagem, especialmente no que diz respeito a sua interação e interdependência da medicina. Tal compreensão é explicada pela própria história da enfermagem, onde o saber médico tem sido um norteador das ações de enfermagem.

Foucault (1997), quando se manifesta a respeito das questões de poder, coloca que este é um fenômeno de ocorrência universal e está presente em todas as instâncias da sociedade humana. Ressalta, porém, que nem sempre tal poder está explícito enquanto instituição governamental ou legal. Ele se dá de maneira intrínseca nas relações sociais humanas, sejam profissionais, de saber, econômicas ou afetivas.

O poder não se dá apenas no espaço macro. Ele intervém fisicamente na realidade dos indivíduos e situa-se ao nível do corpo social. Desta maneira, penetra no cotidiano das pessoas, podendo, então, ser caracterizado como micro-poder (Foucault, 1993). “É exercido a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis.” (Foucault, 1997). Isto é, o poder deve ser entendido como a correlação de

forças múltiplas, que através de lutas, embates e afrontamentos podem ser reforçadas, transformadas ou invertidas. A partir da cristalização institucional e social, o poder toma corpo nos sistemas e aparelhos oficiais, tornando-se leis e instituindo-se nas hegemonias sociais.

Desta forma, historicamente, o saber e poder médicos têm sobrepujado o corpo profissional da enfermagem, pois tal situação está cristalizada e reconhecida socialmente.

Embora se tente negar a situação de submissão da enfermagem à medicina, ela se apresenta com toda a sua complexidade e implicações na organização do trabalho da enfermagem. De acordo com Pitta (1990), “...os atos e técnicas desempenhadas pela enfermagem moderna foram herdadas do que fazer médico.”

Por outro lado, esta dependência leva a enfermagem a uma posição de submissão a estes profissionais, historicamente não questionada, mas percebida e verbalizada pelas trabalhadoras, numa perspectiva inclusive de baixa estima.

*Solange: é um ser humano que trabalha muito e ganha pouco, é malhado pela direção e mal visto pelos médicos.*

*Neide: Dependendo do nível. Se é um enfermeiro tudo bem, agora se é auxiliar...(R 17)*

A fala de Neide denota, além da submissão ao “status” médico, uma divisão hierárquica dentro da própria organização da enfermagem. A enfermagem parece ter-se organizado na presença de divisão de trabalho físico e trabalho mental. O primeiro, cabendo aos técnicos e auxiliares de enfermagem e, o segundo, sendo desempenhado pelos enfermeiros, enquanto herdeiros da prática médica. “Os atos técnica e socialmente mais qualificados, herdados, por sua vez, dos atos médicos, ficam com a enfermagem de nível superior (...) as tarefas dos auxiliares e atendentes são, a um só tempo as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas” (Pitta, 1990 pg.54).

Apesar do componente de desvalorização do trabalho da enfermagem, as trabalhadoras do grupo estão a serviço do berçário há mais de três anos, afirmam gostar do seu trabalho e dar grande importância ao seu que-fazer diário.

Para compensar o sofrimento no trabalho e superar a menos-valia, Pitta (1990) acredita que o mecanismo de defesa utilizado pelos trabalhadores de enfermagem seja a sublimação. Dessa forma, o seu trabalho torna-se socialmente aceito e moralmente valorizado.

Houve também a verbalização, pelas trabalhadoras, de que enfermagem é “*cuidado*”, que a trabalhadora de enfermagem é “*aquela que cuida*”. O cuidar, na enfermagem, embora tenha sofrido, ultimamente, uma série de críticas por parte de estudiosos, ainda continua sendo o “*...mais poderoso símbolo da enfermagem; confunde-se com ela; representa-a*” (Leopardi, 1994 p. 42).

Na resposta dada por Raquel sobre o que seja a enfermagem, parece haver a compreensão de que o cuidado de enfermagem não se resume somente à guarda ou execução de procedimento, mas refere todo o que-fazer da enfermagem com toda a sua polissemia, com outras atribuições como organização do serviço, do espaço para o assistir, para o cuidar.

Também, em sua fala, aparece o componente vocacional e angelical do profissional da enfermagem, embora dando-lhes a conotação profissional.

**Neide: É um carma (risos)**

**Solange: É uma profissão né?**

**Claudete: É uma profissão que faz o quê?**

**Neide: é uma profissão que segundo um senhor que entrou comigo no elevador tem o céu garantido (...) aquele senhor ainda disse:- eu tenho inveja de vocês, porque a enfermagem já tem um lugar garantido no céu... (R 17)**



A visão de Neide possui um componente místico, freqüente no imaginário e no senso comum das pessoas. Tal visão tem seu fundamento nas raízes históricas da profissão, que primeiramente era exercida por mulheres do povo, nos domicílios. Depois, com a criação dos hospitais (enquanto depósitos de doentes) por prostitutas e, mais tarde, com a organização dos hospitais por irmãs de caridade.

Mesmo após a organização da enfermagem moderna por Florence Nigthingale, e ainda hoje, os profissionais de enfermagem desempenham o papel de “...*abnegados seres que cuidam...*” (Leopardi, 1994 p. 37).

No Brasil, a enfermagem era praticada por religiosas européias, até o início do século XX. Elas se ocupavam do cuidado aos doentes e na preparação de pessoas para exercerem essa arte. Dentro da visão cristã eram reforçados os valores relacionados ao amor, abnegação e desprendimento, em detrimento à valorização de remuneração digna, boas condições de trabalho e inserção na vida social e política (Lima, 1993).

Nesta perspectiva, no entendimento do grupo, o trabalhador de enfermagem é um ser humano especial, pois além de ser um profissional qualificado do ponto de vista técnico e científico, é alguém também capaz de ser abnegado, desprendido e de amar as pessoas incondicionalmente tendo como retorno maior o reconhecimento social, ainda que silencioso, e a certeza, dentro da moral cristã, de estar praticando o bem.

Sendo o trabalhador de enfermagem um ser especial, os **super-seres** são definidos como alguém que necessita possuir características muito próprias, para estar apto a trabalhar na assistência ao RN e sua família.

*Maria: ... é que tem gente que pensa que trabalhar no berçário é só dá banho, mamadeira e trocar fralda (risos) (...) Então eu acho que o berçário, na minha opinião, é um dos lugares que a pessoa que trabalha tem que ter uma visão bem maior que se eu for trabalhar com adulto (...) O recém-nascido quando sente alguma*

*dor ele não fala. Ele chora, mas até a gente descobrir porquê! (...) Quando ele engasga ele nem chora (...) Tu pode chegar atrasada. Eu falo isso por experiência. Porque já aconteceu. De quando a gente ir olhar o nenê tá morto(...) Tem que ter olho biônico, não achar que o berçário é uma brincadeira, porque não é. É um lugar que eu acho de maior responsabilidade dentro do berçário do que trabalhar com adulto (...) Por isso é que digo prá ti: nem todas as pessoas dão pro berçário. Não é todo mundo que pode trabalhar aqui. (R 4)*

*Raquel: Porque tem que ter mais cuidado (...) tem que ter mais observação. (R5)*

*Amanda: Tem que dar mamadeira com eles no colo (...) Se a criança tá muito parada, tem que falá com ela, tem que dá colinho. (R5)*

*Solange: Tem que ter bom olho. Até pra saber pelo choro, de uma criança o que ela quer. Se é fome, se é dor... (R6)*

As falas das trabalhadoras evidenciam um certo pensamento mágico, pois algumas características citadas por elas para a trabalhadora de berçário assemelham-se muito a um *super ser*, capaz de responsabilizar-se por todas as crianças, de interpretar cada desejo, cada necessidade manifestada através do choro. Este trabalhador de enfermagem tem de ser reforçado pela cibernética, pois necessita de *olho biônico*, para poder observar todos os RNs ao mesmo tempo. Parece haver uma percepção da trabalhadora de enfermagem como um ser dotado de super poderes à semelhança dos super heróis.

Entretanto, algumas características apontadas pelas trabalhadoras apresentam coerência e podem ser consideradas como necessárias às trabalhadoras de enfermagem que atendem o RN, como o senso de observação, tranquilidade, gostar de criança, ser atenciosa, carinhosa.

Também foi destacado por elas, dentro do trabalho realizado pelas trabalhadoras de enfermagem do berçário, a importância das *pequenas coisas*. Quando questionadas sobre o que são, elas explicam:

*Maria: São coisas básicas, que dentro do berçário se tornam grandes coisas. Lavar uma seringa bem lavada pra não dar infecção; uma desinfecção tem que ser bem feita, né? Porque o recém-nascido é muito frágil. Por mais simples a coisa que tu faz, ela é muito importante pro bem do recém-nascido. (R 5)*

Mais uma vez, o trabalho realizado no berçário se torna, em sua visão, especial. “*As pequenas coisas*”, que para elas se tornam grandes, são de igual importância em qualquer setor de internação do hospital. Porém, em função da *fragilidade* do recém-nascido, acreditam que, no berçário, tais procedimentos assumem uma importância extrema, nos seu ponto de vista, maior que em outras unidades do hospital.

Considero, no entanto, positiva essa percepção das trabalhadoras, principalmente, na relação que fazem com a fragilidade do RN, uma vez que, desta forma compreendem a importância de seus cuidados a ele, em função das necessidades específicas do RN, relacionadas à imaturidade imunológica, prevenção de infecções e necessidade de termorregulação.

Acredito que essa visão super valorizada do trabalho no berçário acontece em função das trabalhadoras, na sua maioria, terem este setor como a única experiência de trabalho. Muitas delas ingressaram na enfermagem através de treinamento direto em serviço, sem terem passado por qualquer formação anterior.

O grupo de trabalhadoras iniciou na enfermagem, à exceção de Raquel, através de conhecidos e parentes, que já trabalhavam no hospital, e três delas por ascensão do setor de limpeza para a enfermagem, após convite e preparação através de um breve “*cursinho de atendente*”, ou treinamento em serviço. Desta forma, acredito, não

puderam experimentar, vivenciar o trabalho de enfermagem em outras unidades de internação e, assim, valorizam muito o trabalho no berçário.

Por outro lado, ao terem oportunidade, no espaço do diálogo, de refletirem e verbalizarem, sobre si, sobre seu trabalho, o perceberam importante para a manutenção da vida e para a qualidade de vida do recém-nascido. A maneira positiva como vêem o seu trabalho, acredito que tenha auxiliado na sua sensibilização para a busca de uma assistência cada vez mais humanizada ao recém-nascido e sua família.

Durante os encontros, as trabalhadoras de enfermagem do berçário manifestaram o que interpretei como **ambigüidades**, a terceira subunidade temática do tema trabalhadoras de enfermagem do berçário.

Chamei esta subunidade de **ambigüidades** por ter percebido, no discurso das trabalhadoras do berçário, posicionamentos ambíguos. Ora sinalizando um caminhar para o nível de consciência crítica, ora retornando ao nível de consciência transitivo-ingênua e até semi-intransitiva. Ora demonstrando-se estimuladas na busca de uma assistência humanizada ao RN, ora caindo no conformismo e na acomodação.

Importante salientar que Amanda, durante todo o tempo das reuniões, mostrou-se sempre estimulada para a busca da assistência humanizada ao RN. Em momento algum, foi percebido, por parte dela, sinais de desistência ou acomodação.

Com relação ao grupo, como um todo, é clara sua posição ambígua como destacado no trecho:

*Maria: Então a gente sempre tem que sempre procurar aprender, né? Não é porque eu tô 20, ou a Solange 15 anos, que agora a gente já sabe tudo. Sempre a gente tem coisas pra aprender. Cada dia a gente aprende alguma coisinha nova que a gente não sabia. Porque que eu gosto quando tem alunos da faculdade fazendo estágio? Na hora do estágio, porque eu estou trabalhando normalmente, mas na hora*

*do estágio, na hora que a professora tá explicando pro aluno, meus olhos e minhas orelhas não estão fechados. (R 4)*

Maria verbaliza o entendimento do que Paulo Freire chama de “*inconclusão do homem*”, ou seja, a certeza que o homem vive num processo de contínuo aprendizado, porque se sabe *inacabado*.

Entretanto, quando chamada para a experiência ainda não realizada, a mesma trabalhadora se mostra temerosa, acomodada e incapaz de intentar alguma mudança. Apenas se limita a expressar a impossibilidade frente à estrutura dominante.

*Maria: Não sei se adianta só a gente fazer isso eu acho que não vai adiantar. (R7) Daí tem que começar mudando até a direção. (R 8) Muitas coisas não vão dar. Esbarra sempre num paredão (direção) (...) Isso de deixar o pai e mãe entrar a qualquer hora também não vai dá certo. Vai ter visita o tempo todo. Nós vamos ficar só atendendo visita (...) Não isso não vai dar certo. (...) A gente não consegue mudar nada. (R 9)*

Os posicionamentos contraditórios de Maria deixam perceber um nível de consciência bastante confuso, ao qual Freire (1980) chama de *transitivo ingênuo*. Neste nível, o homem sabe de sua condição, conhece a razão dos acontecimentos, porém sente-se incapaz de fazer frente à problemática que se apresenta.

No caso de Maria, não se sente capaz de enfrentar e transformar a realidade imposta pela estrutura hospitalar representada pela direção a qual Maria chama de *paredão*.

O *paredão* representa a estrutura e a direção do hospital que são componentes de dominação a que estão submetidas as trabalhadoras de enfermagem do berçário.

As outras trabalhadoras, à exceção de Amanda, também encontram-se no mesmo nível de consciência de Maria, e ora discursam num sentido rumo à humanização, ora

discursam noutro, pela manutenção da assistência ao RN tal como se apresenta, sem a preocupação consciente com a sua humanização.

*Solange: Tem coisa que não dá prá mudar... que tem que ficá igual.*

*Raquel: Aquilo ali não pode mudar nada. (R7)*

*Solange: Ali não tem o que mudar, porque tem que ser tudo mecânico mesmo.*

*Neide: ...Só que é difícil também a gente a mudar o que já tá ali, que a gente vem fazendo sempre. Mas eu acho que pelo menos a gente tá parando prá pensar. (R8)*

No trecho destacado acima, pode-se perceber claramente a dificuldade que as trabalhadoras sentem para realizar o enfrentamento da problemática apresentada no dia-a-dia. Porém, há sempre a sinalização de que parece haver a possibilidade em algum momento, no por vir.

De acordo com Freire (1980), o sujeito que se encontra em transição ingênua tem dois caminhos: continuar seu desenvolvimento até o nível de consciência crítica, ou retornar ao nível de consciência semi-intransitiva. Entendo a posição das trabalhadoras dentro desse processo dinâmico entre a semi-intransitividade e a transitividade ingênua.

Neste nível, o sujeito apresenta comportamentos ambíguos, como os apresentados pelas trabalhadoras do grupo.

Tanto quanto dure a **ambigüidade**, os sujeitos não serão capazes do enfrentamento, porque não sentem confiança em si mesmos para realizarem as transformações necessárias. Acreditam, historicamente, de maneira distorcida, que seu oponente é magicamente invulnerável e que, só ele é capaz de fazer *andar as coisas* (Freire, 1980).

Considero importante ressaltar que tais posicionamentos ambíguos foram-se tornando mais raros à medida em que os encontros progrediram e que houve um

indiscutível movimento das trabalhadoras em direção ao nível de consciência crítica, de acordo com o que foi discutido na subunidade **em transformação**, dentro da primeira unidade temática.

No trabalho desenvolvido, busquei refletir com as trabalhadoras sobre sua prática diária, tentando sensibilizá-las para a necessidade de assistir ao RN e sua família de maneira humanizada.

Para que a **assistência de enfermagem** seja considerada **humanizada** é *“necessário que os membros da equipe de enfermagem demonstrem não somente aprimoramento técnico-científico, como também atitude humana, habilidade e sensibilidade”* (Souza, Possari e Mugaiar, 1985 p.79). Nessa perspectiva, entendo que para assistir o RN e sua família de forma humanizada, respeitando sua pluralidade e dignidade é necessário que o trabalhador de enfermagem esteja qualificado profissionalmente.

O grupo de trabalhadoras demonstrou entendimento com relação à questão da humanização e sua ligação com a qualificação profissional. Ou seja, deixaram claro que há necessidade de profissionais qualificados. Mostram, pelas falas, que muitas colegas não assistem de maneira humanizada porque não possuem qualificação profissional, apenas experiência adquirida no próprio ambiente de trabalho. Outras colegas não assistem o RN e sua família com qualidade, porque não têm interesse, por acomodação.

*Solange: Tem dias que a gente deixa a mamadeira de glicose, eu chego a riscá prá ver o nível, quando eu chego no outro dia tá no mesmo nível. Quer dizer que a criança não recebeu a glicose. Olha que eu já deixei bilhete, já peguei, já falei. Não adianta. Tem horas que tu desanima. Dá vontade de deixá tudo, largar tudo de mão. (...) tu não vê que prá elas ver temperatura e oferecer glicose tem que botá lá: oferecer glicose de tantas em tantas horas, ver a temperatura de tantas em tantas*

*horas. E ainda assim não fazem, Claudete. E é gente velha que tá lá há quanto tempo.*

*Neide: O Dr. "X" é um chato, ele é bem cri-cri, mas ontem ainda falou: essas temperaturas estão sendo chutadas não pode mudar tanto assim (...) a gente até faz. Quando chega pai prá visitar, a gente faz eles tocarem, pegarem no colo; (...) Na hora da visita elas nem entram lá prá falar com as mães.*

*Claudete: Qual é a formação dessas meninas?*

*Solange: Nenhuma são atendentes. Ô Claudete, esses auxiliar que vão sair dali (curso supletivo) são piores do que os antigos atendentes, porque aqueles sentavam a bunda na sala de aula e depois é que ia prá prática. Elas não, foram prática, e tão fazendo só numa ala. (...) E nem a professora lá não aparece (...) A professora não tem que tá perto prá dizer; isso é assim, isso é assado...? Então elas vão fazer o curso só pra pegar o diploma e o Coren liberar, prá não ficar como atendente. Mas dizê que vai saber enfrentar uma ala... Te garanto que não (...) Elas entram e já começam a fazer o curso. Nunca viram nada, nunca souberam nada de hospital.*

*Neide: (...) e o pessoal que entra num mês e no outro já começa o curso!*

**(R16)**

Como demonstra o trecho citado retirado da reunião dezesseis, as trabalhadoras do grupo, mediatizadas por mim, fazem uma relação direta entre qualificação e assistência humanizada. Porém, não relacionam, necessariamente assistência humanizada com a formação regular, tecendo várias críticas à profissionalização de atendentes através de cursos supletivos.

A concepção de assistência humanizada passa, necessariamente, pela questão da qualidade da assistência, tanto do componente humano, quanto do componente técnico-



científico. Não se pode negar ao ser humano necessitado as benesses oriundas da tecnologia, pois ele tem direito a elas, como também, não se pode submetê-lo ao subjugo da tecnologia em detrimento de sua dignidade. Para Foltan (1975), a enfermagem, por sua origem e sua história, é um corpo profissional que consegue permear com desenvoltura um assistir tecnicamente humanizado as pessoas a quem assiste. Também Ikezawa e Kakehashi (1995,p.163) acreditam que “...*humanizar a assistência neonatal é atender de maneira individualizada às necessidades do recém-nascido e de sua família, visando à ótima qualidade de assistência.*”

Se o fazer da enfermagem, por um lado, tem suas raízes no empirismo das parteiras, por outro, as tem também, na herança legada pela medicina. Dentro dessa perspectiva, tem estado presa ao trabalho rotinizado em detrimento das questões sociais e humanas.

Nas unidades neonatais, graças à tecnologia cada vez mais sofisticada, tem-se conseguido diminuir a incidência da mortalidade entre neonatos que seriam considerados inviáveis sem o aparato tecnológico. Tal fato possibilita que um maior número de recém-nascidos permaneçam internados em berçários e UTI Neonatal. Se na maioria dos casos, a internação e a tecnologia possibilitam a sobrevivência dos RNs, também é verdadeiro que os afastam do contato precoce com seus pais, privando-os da interação necessária à formação do vínculo afetivo familiar e aceitação do RN pelos pais. A maioria dos serviços de internação neonatal dificulta o acesso da mãe em função de rotinas, horários rígidos e falta de filosofia de atendimento humanizado (Viegas, 1986). Muitas vezes os pais são tratados como visitas, só podendo “visitar” seus filhos através de vidros, sem poderem falar ou tocar em seu recém-nascido.

A prisão na técnica e as rotinas rígidas excluem a mãe do cuidado ao prematuro e fazem com que esse cuidado fique sendo exclusividade da equipe de saúde (Klaus e

Kennel, 1978).

As trabalhadoras do grupo desenvolvem suas atividades num berçário ainda preso a técnicas, normas e rotinas rígidas. Embora se tenha discutido a questão da implantação de alojamento conjunto e da participação da mãe nos cuidados, as trabalhadoras não se mostraram totalmente convencidas das vantagens, demonstrando um posicionamento ambíguo. Talvez, em função de que já várias tentativas foram iniciadas em prol da implantação do sistema de alojamento conjunto, inclusive por outras enfermeiras que atuaram no setor, não tenham obtido êxito, as trabalhadoras mostrem-se descrentes dessa possibilidade.

*Claudete: Outra coisa que a gente poderia sugerir é a implantação do alojamento conjunto. (R!6)*

*Solange: ...antes da enfermeira "X" e a enfermeira "Y" sair, elas tavam conversando com a diretora prá botar alojamento conjunto. Mas se desentenderam e as duas foram embora. Depois foi a enfermeira "I" que fez estágio nas férias e tudo. E quando voltou a chefe tirou ela da maternidade. O Dr. "X" já afundou a sala dela (diretora) por causa disso. Não adianta, Claudete. (R09)*

*Neide: mas é sugestão. Eu acho que a gente deve fazer. (R18)*

*Solange: Sugerir outra vez, né Claudete? Porque teve uma vez que tava tudo certo e depois a direção deu prá trás. (R16)*

Apesar da tonalidade de desesperança de Solange, a colocação de Neide de que a sugestão deve ser feita parece demonstrar a compreensão de que as mudanças externas e estruturais demoram para acontecer, que são necessárias várias tentativas para se alcançar os objetivos propostos. Reforço sua colocação exemplificando com outras instituições em que o sistema de alojamento conjunto também demorou para ser implantado.

Com relação à participação nos cuidados e permanência junto ao RN internado e à formação do vínculo entre eles, e deles com a enfermagem, demonstram ter conhecimento e experiência, porém, mais uma vez, apresentam uma posição ambígua quando existe a efetivação da proposta para o berçário em que trabalham.

*Solange: É aquele neném que tá lá conosco. Que a gente cuida, dá banho, troca, leva prá mãe. Ela pega ele no colo, olha pra ele, conversa.*

*Amanda: (...) e eu vinha assim falando com ele: não chora que a titia já vai dá leitinho pro neném. Depois o neném vai dormir pra ir com mamãe. Aí a funcionária lá do berçário disse: a senhora sempre conversa assim com eles? E eles entendem? Claro que entende. Eu digo pras mãezinhas sempre conversar com os nenês, passar a mão na cabeçinha dele, pra ele se acalmar e até mamar melhor. Porque vai se sentir seguro. (R3)*

*Solange: Quer vê dá a injeção e coloca na cama, prá vê. Eles choram até o outro dia. Mas se a gente pegar no colo, num instantinho eles param de chorar.*

*Raquel: Eu aprendi que se a gente pega ele no colo e aperta bem no peito ele para de chorar porque fica ouvindo o coração da gente, como escutava o coração da mãe quando tava no útero.*

*Claudete: Isso mesmo. Até a própria voz humana ele reconhece, por isso ele se acalma quando a gente conversa com ele.*

Nestas reuniões, quando eu dava ênfase a participação dos pais no cuidado direto ao recém-nascido, muitas vezes, as trabalhadoras reagiam com discurso de reprovação.

*Neide: Mas aí a gente vai punctionar uma veia, uma coisa, elas já ficam de cabelo em pé. (...) E quando a gente vai pegar veia que estora, já vão ficar falando: Já estorou todas as veias da minha filha! (R13)*

De acordo com Spitz (1988), os resultados da falta de interação entre o RN e sua

mãe podem ser catastróficos para o seu desenvolvimento tanto físico quanto mental.

O recém nascido normal já está apto a contatar e formar vínculo com a mãe nos primeiros minutos de vida (Klaus, 1993). E cabe aos trabalhadores que atuam no berçário e sala de parto favorecer e oportunizar este momento imprescindível ao RN e seus pais.

Com relação ao RN pré-termo, ou que necessite de internação, são vários os autores que ressaltam a importância da formação de vínculo entre o RN e seus pais e da importância da participação destes nos cuidados ao seu filho (Klaus, 1993), (Spitz, 1988), (Klaus e Kennel, 1978), (Oliveira, da Costa e Moreira, 1993). Os estudos realizados por esses autores indicam que se o RN for tocado, acariciado, mimado com frequência, ele terá menos crises de apnéia e aumento do ganho de peso. Também preconizam que tais estímulos devem ser desenvolvidos pela mãe, fortalecendo o vínculo entre o RN e sua mãe.

Apesar de demonstrarem já ter algum conhecimento nesse sentido, e de já realizarem algumas dessas atividades, o grupo de trabalhadoras de enfermagem mostrou-se resistente à entrada livre da mãe e à sua participação nos cuidados ao seu bebê.

A afirmação feita por Neide, de que a mãe ficaria 'de cabelo em pé' ou reclamaria de uma punção mal sucedida, evidencia a incompreensão pelas trabalhadoras dos sentimentos de ciúme e insegurança por que passam as mães e que podem gerar desconfiança e hostilidade. Tal comportamento se manifesta em função do sentimento de culpa da mãe por não saber atender o seu filho com a mesma habilidade da enfermeira (Oliveira, Costa e Moreira, 1995).

Por outro lado, acredito que a enfermagem não está preparada para contatar com as mães e pais dentro do espaço do berçário. Esta falta de preparo pode estar relacionada à formação eminentemente técnica das auxiliares, bem como ao treinamento que é

desenvolvido em serviço. Num contexto em que o cuidado do RN pré-termo e/ou internado é exclusividade da equipe de enfermagem, permitir que a mãe e o pai participem do cuidado, assumam alguns cuidados elementares, pode parecer às trabalhadoras como perda de seu espaço de controle.

Compreendo o sentimento manifestado pelas trabalhadoras, no entanto, não percebo a situação como uma perda de controle da enfermagem, e sim como uma oportunidade ímpar de se firmar vínculo com os pais e seus bebês, no intuito de auxiliá-los no cuidado com seu filho, ao mesmo tempo que orientá-los e prepará-los para cuidarem adequadamente de seu bebê na alta hospitalar.

Considero importante ressaltar que alguns avanços já foram alcançados pelo grupo no sentido de oportunizar a entrada dos pais e a sua interação com os seus recém-nascidos internados no berçário. Embora esta ação ainda esteja mais no sentido de burlar o “ethos” burocrático, à margem da regra, do que propriamente uma ação refletida a caminho da assistência humanizada, ainda assim, apresenta-se como promissora possibilidade de transformação:

*Neide: A gente até faz. Quando chega pai pra visitar, a gente faz eles tocarem, pegarem no colo.*

*Solange: Domingo, a gente tava de plantão, chegou uma mãe para visitar. Tava só rodeando, aí eu disse que ela podia tocar, pegar no colo. Ela disse. “e pode?”*

**(R16)**

**O recém-nascido e sua família** é a quarta unidade temática e foi subdividida em duas subunidades, conforme o dizer das trabalhadoras: **o neném** e **os pais**.

**O neném** foi o termo utilizado pelas trabalhadoras se para referirem ao recém-nascido. O tema esteve presente, como pano de fundo em todos os encontros, porém foi abordado explicitamente em dois momentos distintos.

Na terceira reunião, pode-se observar o componente afetivo dado pelas trabalhadoras ao recém-nascido. Elas o percebem como alguém importante, alguém que “cuidamos”, alguém frágil que necessita de proteção e carinho.

Na décima sétima reunião, o tema outra vez é abordado. Desta vez, porém, as trabalhadoras buscaram na bibliografia indicada por mim, subsídios para a discussão no grupo. Assim sendo, o discurso das trabalhadoras falava da definição técnica de recém-nascido, e só após a minha mediação é que conseguem verbalizar a definição de recém-nascido para além do sentido puramente técnico.

*Gisele: Recém-nascido é alguém que precisa de muito carinho, cuidado. (...)*

*Eles precisam de muito carinho e cuidado dos pais.*

*Solange: E de nós principalmente (...) é aquele neném que tá lá conosco. Que a gente cuida, dá banho, troca, leva prá mãe. (...) aquilo (o RN) prá morrer é coisa de segundos. (R3).*

Durante o terceiro encontro não houve um aprofundamento sobre o tema. As trabalhadoras expressaram apenas sua visão dentro de uma ótica mais ligada ao sentimento, à afetividade. Também ficou evidenciada a fragilidade do recém-nascido, na fala de Solange, quando ressalta a facilidade e rapidez com que “aquilo” (o RN) pode vir a morrer.

Portanto, a percepção que as trabalhadoras expressaram a respeito da fragilidade do RN tem fundamento na realidade vivenciada por elas, encontrando eco na literatura, pois são vários os autores que salientam este caráter na literatura renomada da pediatria e neonatologia. Entre estes podem ser citados Fontes (1984), Harnack (1989) e Murahovschi (1990).

Os riscos à vida e os agravos à sobrevivência do RN se devem basicamente à agressão imposta pela mudança brusca de ambiente, além dos próprios riscos inerentes

ao trabalho de parto e ao parto. Apesar de ser um evento natural ao homem, o nascimento está repleto de riscos como tocotraumatismos, compressões de cordão, problemas referentes à termorregulação, à oxigenação, bem como em muitos casos, incompetência e desqualificação da equipe de saúde que assiste ao binômio mãe-filho.

No 17º encontro, houve uma preocupação das trabalhadoras em se instrumentalizarem para a discussão, com o auxílio de leituras sugeridas por mim. Desta forma, expressaram um discurso técnico sobre o RN.

*Neide: Nós andamos olhando lá naquele livro. Aquele que tu falasse (...) Diz que é o feto depois que corta o cordão até 28 dias (R17) (silêncio)*

Acredito ser importante o fato de terem buscado estudar sobre o tema antes da reunião, pois desta forma encontravam-se melhor instrumentalizadas para a discussão. Embora o estudo sobre o tema não tenha sido aprofundado, o fato despertou o grupo para a possibilidade de buscarem subsídios técnico-científicos em fontes bibliográficas disponíveis. Num outro momento, no espaço de trabalho do berçário, pude presenciar a busca das trabalhadoras por informações técnicas, na bibliografia, a respeito de diluição e conservação de vitamina K, pois discordavam da concentração que estava sendo prescrita. Com o embasamento encontrado, puderam argumentar e solucionar, de forma adequada, o problema.

Com relação ao neném (RN), após a interpretação do conceito encontrado na literatura e com a minha mediação, surgiram alguns aspectos relacionados à característica afetiva relacionada ao tema RN sob a ótica da família.

*Solange: São os berrãozinho que nasce lá. (...) Prá nós é sempre um neném. (...) É alegria, amor, uma porção de coisa.*

*Neide: O nosso quando nasce, prá nós é o nosso filho ( Sorriu ao dizer esta frase. Pela sua expressão parece não haver outra definição possível) Ele é especial*

*(...) Olha Claudete, não dá nem prá explicar. É tão diferente! Não tem explicação.*

As trabalhadoras, neste encontro, estavam bastante emocionadas, o que permitiu deixar fluir os seus sentimentos com relação ao neném. Verbalizaram o entendimento de que cada recém-nascido é único, especial. E que seu nascimento é um evento ímpar para ele e sua família.

**Os pais** foi a expressão utilizada pelas trabalhadoras para referirem-se à família do recém-nascido. Creio que isso se deveu ao fato dos pais serem os familiares com os quais as trabalhadoras mais têm contato no seu que-fazer diário.

*Maria: É os pais principalmente dos prematuros que ficam ali conosco. Principalmente nos horários de visita, que eles tão aí, que eles têm mais contato conosco do que com o próprio pediatra. (...) Eles geralmente vêm falar com nós primeiro. (...) às vezes eles querem saber algum diagnóstico, resultado de exames, porque a criança tem isso, tem aquilo, pra que o neném tá tomando antibiótico (R4)*

Na maioria dos serviços hospitalares, o contato maior entre o cliente e sua família se dá através da equipe de enfermagem. Pitta (1990) já chamava à atenção para o fato de, em função da distribuição hierárquica de serviço, o atendimento e contato direto com o doente e sua família, bem como o cuidado prestado, ser realizado por auxiliares, técnicos e atendentes, integrantes da equipe de enfermagem.

Em suas falas, as trabalhadoras também deixam transparecer a dificuldade de comunicação entre a família do recém-nascido e o médico.

*Maria: Outras vezes o pediatra chega lá e não explica direito o que a criança tem.*

*Solange: Mas também tem aqueles que o médico fala e eles não entendem.*

Na maioria dos serviços, é instituída a visita do neonatologista (pediatra) à mãe após o parto, logo que possível. Durante este encontro, o médico aproveita para dar



informações sobre o RN, ouvir dúvidas da mãe e “*esclarecê-las em linguagem acessível*” (Barros e Tase in Leone e Tronchin, 1996 p.35). Não é raro presenciar-se profissionais, médicos e de enfermagem, repassando informações de maneira mecânica e com utilização de linguagem técnica, o que dificulta o entendimento por parte do cliente e de sua família.

Também a postura distante e formal do profissional não permite a aproximação do cliente e seus familiares, não favorecendo a sua descontração, o que dificulta a sua livre expressão no sentido de verbalizar seus sentimentos e dúvidas.

Os sentimentos dos pais são confusos, especialmente quando o seu RN necessita ficar internado na unidade neonatal. Eles haviam se preparado para receber um recém-nascido sadio e perfeito. Quando, por algum motivo, esta expectativa é frustrada, os pais experimentam vários sentimentos como incapacidade, dúvidas, tristeza, luto, curiosidade, ansiedade, insegurança e, até, agressividade. Também é frequente os pais criarem fantasias a respeito do estado do seu neném, em função da falta ou dificuldade de comunicação com a equipe profissional.

Estudos realizados com trabalhadoras de enfermagem em pediatria demonstraram que estas percebem o familiar como “alguém que atrapalha, desagrada e não valoriza o trabalho da enfermagem” (Meurer, 1996 p.36); Manifestaram dificuldade no relacionamento com os pais, identificando atitudes desagradáveis, agressivas e hostis. (Souza, 1995).

A internação não é uma intercorrência só da criança, mas também um agravo para toda a família (Elsen e Patrício, in Schimitz, 1995). Desta maneira, a família necessita de apoio e suporte da equipe de enfermagem. Muitas vezes a equipe de enfermagem, envolvida com seus afazeres, não consegue perceber, nem compreender tal necessidade. Na maioria das vezes, a incompreensão do comportamento dos pais frente

ao nascimento de um RN prematuro e dos seus sentimentos frente à necessidade de internação de seu filho, “faz com que muitos profissionais de enfermagem sejam resistentes à entrada e à participação da mãe nos cuidados” (Oliveira, Costa e Moreira, 1995. P.50).

Klaus e Kenell (1988) salientam que, quanto mais tempo os pais ficarem sem ver seu filho, piores serão suas fantasias. Portanto, é aconselhável que a mãe possa ter contato com seu filho logo que ela possa se locomover até a unidade neonatal. Porém, na sua impossibilidade, o pai do recém-nascido tem papel relevante como contato intermediário entre a mãe e o neném, no sentido de apoiá-los e favorecer o vínculo familiar.

A formação de vínculo familiar tem particular importância na aceitação do novo membro da família, bem como na qualidade do cuidado dispensado pelos pais ao seu filho. O autor aponta, ainda, para a possibilidade de que a formação precoce do vínculo familiar previna o aparecimento de maus tratos à criança, no futuro. Também é importante salientar que a maioria das pessoas tende a reproduzir com seus filhos o mesmo tipo de cuidado que recebeu (Klaus, 1993). Desta forma, se o vínculo deste RN for realizado de maneira satisfatória, acredito que tenderá à realização também satisfatória do vínculo com seus filhos.

Existem alguns fatores que, em conjunto, atuam e favorecem a formação do vínculo afetivo entre pais e filhos, durante a convivência, nos primeiros dias de vida. Klaus (1993) chama à atenção para a possibilidade da produção do que ele chamou de “hormônio do amor”, a ocitocina, produzida durante a mamada, pelo estímulo da sucção do RN. Alguns estudos, ainda em animais, apontam para o afeiçoamento da mãe pelo recém-nascido a partir da produção de ocitocina, ou mesmo pela inoculação de ocitocina em fêmea que nunca tenha passado por gestação, parto e amamentação. Outro fator

importante é a capacidade que a mãe tem, quando oportunizada, de reconhecer seu filho pelo cheiro, tato, audição e visão. O autor descreve sobre a relevância do encontro do olhar entre a mãe/pai e o RN. Eles se olham por alguns segundos, depois a mãe/pai toca seu filho. Primeiro com as pontas dos dedos, como se o estivesse cutucando. Depois, vai espalmando as mãos, até que o toque se transforme num carinho.

O recém-nascido já possui capacidade de audição extraordinária desde a vida intra-uterina. A mãe/pai, ainda que intuitivamente, utilizam a fala para fazer contato com seu RN. Mais impressionante, ainda, é atentar para a agudização da voz emitida pelo pai ao falar com seu filho. Parece intentar assemelhar seu timbre de voz grave à voz aguda feminina, a qual ele estava acostumado a ouvir no útero. Além disso, o recém-nascido permanece em estado de alerta tranquilo, acordado durante os primeiros quarenta e três minutos de vida, estando apto a contactar com os pais. Portanto, é primordial que reservemos esses momentos de intimidade, durante essa fase, para a interação entre o RN e seus pais (Klaus, 1993).

Porém, em muitos casos, a formação do vínculo não acontece imediatamente. São necessários alguns dias para se concretizar. Para Klaus (1993), cerca de 40% das mães normais, só se envolvem de maneira efetiva ao fim da primeira semana após o nascimento.

Embora não tenha conhecimento dos achados descritos pelo autor, Amanda verbaliza a sua percepção a respeito da vinculação entre a mãe e seu filho, a partir de sua experiência no ambiente de trabalho:

*Amanda: (...) eu acho importante a mãe podê falá com eles. A mãe podê ter contato sempre com eles. Daí conversa e eles fica mais calmo (...) Parece que eles entende, assim... Lembra aquele da Gilcélia? Ele tava agitado, daí ela chegava, conversava. Ele ficava assim, olhando pra ela, parecia que entendia tudo.*

Apesar do entendimento que têm as trabalhadoras da importância do contato do RN com seus pais, ainda encontram-se presas a regras e regimentos institucionais que não permitem a livre entrada dos pais para permanecerem com seu recém-nascido.

*Neide: (...) esse negócio dos pai entrarem. A gente muitas vezes diz que não. A gente diz. Porque é assim. Aquele negócio. O pai não entrá. (R13)*

*Solange: É porque se a mãe tá internada, tem aquela ordem ali, que o pai pode vir no horário de visita. E tem aqueles horário, que a mãe pode vir dá de mamar, né?*

Com relação à entrada dos pais e sua participação nos cuidados ao seu neném, as trabalhadoras mostraram-se resistentes justificando sua posição em função da atitude dos pais que ora apresentam-se curiosos sobre o estado de outras crianças, ora agressivos com a equipe de enfermagem, ora também, agredidos por esta.

Sabe-se hoje, que a estimulação, quando adequada, auxilia no processo de desenvolvimento do recém-nascido. O ideal é que essa estimulação seja feita pela mãe/pai, fortalecendo o vínculo afetivo entre ela e seu neném, através do toque, carícias, colo, voz. Tais medidas, ainda que simples, influenciam no progresso do recém-nascido, na melhora de processos patológicos, diminuindo, inclusive o tempo de internação.

Em vários momentos, no espaço de trabalho (berçário) pude presenciar as trabalhadoras oportunizando a entrada dos pais fora do horário estipulado, em circunstâncias e situações especiais.

*Solange: É, aqui dá muito embarcado. O pai que veio, ou motorista de caminhão, porque trabalha no porto. Chega de viagem, já vai sair de viagem...(R13).*

Embora as trabalhadoras favoreçam a entrada dos pais nestas situações especiais, parecem fazê-lo como se fosse uma concessão, um favor, um ato humanitário. Elas não têm o entendimento, ou o conhecimento de que a entrada e permanência da mãe/pai

junto ao seu recém-nascido é um direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos artigos 10, alínea V e 12, a respeito da manutenção de alojamento conjunto e da permanência junto à criança ou adolescente que necessite de internação (Brasil, 1991).

Atualmente, existem vários serviços e profissionais da saúde que, convencidos dos benefícios ao recém-nascido, estimulam a participação da família nos cuidados, permitindo uma maior interação, fortalecendo o vínculo entre esta e o seu RN. Fundamentada e encorajada por este fato, é que acredito ser possível, no futuro, prestar-se assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido e sua família, pois as trabalhadoras que formaram o grupo me pareceram, ao final dos encontros, já sensibilizadas para a necessidade de humanização da assistência.

Acredito que apesar de, no princípio, estar preocupada com os resultados do trabalho implementado com as trabalhadoras de enfermagem do berçário, por não estar certa dos avanços alcançados, agora percebo gratificada e orgulhosa o crescimento dos sujeitos envolvidos, revelado em seus discursos e ações. Talvez não tenha havido o mesmo crescimento esperado quando da elaboração do projeto. Porém, a qualidade e profundidade no crescimento do grupo foi sensivelmente percebido quando da leitura atenta e progressiva das transcrições dos encontros e dos registros nos diários de campo. Também tenho tido oportunidade de perceber que existem novos rumos na condução do trabalho realizado por elas, na unidade de berçário, uma vez que continuo em contato com os sujeitos do grupo através das atividades de supervisão de estágio com alunos da faculdade de Enfermagem e, é possível que nos envolvamos em outras empreitadas rumo ao nosso crescimento enquanto pessoas e profissionais de enfermagem na busca de uma assistência de qualidade ou seja, humanizada, ao RN e sua família e, humanizante para as trabalhadoras de enfermagem do berçário.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste estudo, sinto como se muito ainda falte do caminho a ser percorrido. Tenho a convicção que apenas o primeiro passo foi dado.

Com o objetivo de desenvolver a prática educativa junto às trabalhadoras de enfermagem do berçário, busquei sensibilizá-las para a discussão e a reflexão de suas práticas diárias, no sentido de tornar mais humanizada a assistência prestada ao recém-nascido.

Esta prática foi embasada no Pensamento de Paulo Freire, através do seu Itinerário de Pesquisa, em comunhão com passos e técnicas próprias de estudos qualitativos.

Para a concretização deste objetivo foi criado e oportunizado um espaço para o diálogo e um tempo para o debate. Neste espaço e neste tempo, as trabalhadoras e eu “conversamos” sobre nossa prática, refletimos sobre ela e, por vezes, buscamos modificá-la, torná-la melhor. Considerei importante que este espaço tenha sido construído de modo que os encontros tenham transcorrido num clima informal, em que aconteciam aprendizagem, trocas, descobertas e comemoração.

Com relação a minha participação no grupo, desempenhando a função de problematizadora responsável por trazer as situações da prática das trabalhadoras codificadas, para discussão, reflexão e decodificação no grupo, percebo que foi de fundamental importância, porém de difícil realização. Por algumas vezes tropecei, escorreguei, e até desanimei. Por outras prescrevi, dirigi, repassei informações, fui “professora”. Em muitos momentos, questioneei meu papel, meu desempenho no processo. Freire (1993) afirma que a prática educativa pode ser tanto democrática

quanto autoritária ou diretiva. Alerta, no entanto, para o fato que essa diretividade não deve interferir na capacidade criadora, transformadora e indagadora dos sujeitos envolvidos, pois aí sim, tornar-se-á prejudicial à caminhada.

Ainda de acordo com Freire (1980), a educação problematizadora deve oportunizar às pessoas envolvidas, a visualização, a apreensão e o vislumbramento da problemática do seu existir, bem como as possibilidades de transformação de sua realidade. Foi no espaço do diálogo e da reflexão que o processo, efetivamente, se deu. As trabalhadoras envolvidas pelo seu que-fazer diário muitas vezes, parecem apenas repetir suas ações rotinizadas e mitificadas no dia-a-dia, sem estarem despertas para a reflexão. “É como fazer bolinho de banana”: utiliza-se sempre a mesma receita e se, em algum momento, ela não der certo, vai-se investigar o que deu errado. Noutras oportunidades, no entanto, mostram-se indícios que parecem apontar para um processo de conscientização e transformação da realidade vivida. Pude perceber que as trabalhadoras encontram-se em trânsito rumo à conscientização. Também foi possível detectar que as várias componentes encontram-se em níveis diferenciados de conscientização. Porém, há indícios que apontam para a sensibilização das trabalhadoras rumo à busca da assistência humanizada ao recém-nascido e sua família, podendo ser citados, como exemplo, o fato de favorecerem a entrada dos pais fora do horário estipulado pela instituição, estimularem o contato físico dos pais com os recém-nascidos, procurarem oferecer mamadeira ao recém-nascidos no colo (quando possível), terem lutado para conseguir regularizar o estoque de leite humano, elaborarem um plano de atendimento de rotina aos recém-nascidos, que estimula a assistência humanizada, buscarem subsídios bibliográficos para discutirem a diluição de medicamentos que estava sendo realizada de forma inadequada e alcançarem sua modificação.

Também julgo importante registrar a minha percepção que a sensibilização e

mobilização das trabalhadoras, sempre que aconteceu, foi para buscar modificar situações que consideravam de grande importância e pelas quais manifestaram interesse.

A **enfermagem**, para os sujeitos envolvidos, revelou-se como cuidado, como uma profissão importante, interativa, que se relaciona com o cliente e com outros profissionais. Dentro dessa perspectiva destacaram o profissional médico, bem como o caráter de submissão da equipe de enfermagem a este profissional. Também aparece, em suas falas, a desvalorização e o sofrimento além do componente místico presente no senso comum, definido como carma e atividade angelical. As colocações das trabalhadoras têm fundamento nas suas histórias de vida e no contexto de suas realidades de trabalho e de vida.

**As Trabalhadoras do Berçário** definiram-se também como seres especiais, com características específicas para desempenhar suas atividades no cuidado ao recém-nascido, pois este não se comunica pela fala. É necessário que o trabalhador do berçário seja atencioso, observador, goste de criança, compreenda a fragilidade do recém-nascido e a importância das “pequenas coisas” como desinfecção, limpeza do material, lavagem das mãos. Pequenas coisas que se tornam grandes e importantes no berçário, em função da fragilidade do recém-nascido. Em seus discursos apresentaram um posicionamento ambíguo, ora sinalizando para o nível de consciência crítica, ora retornando ao nível de consciência ingênua ou até semi-intransitiva. Ora demonstrando-se interessadas e estimuladas na busca da assistência humanizada, ora retornando ao conformismo e à acomodação. Tal posicionamento parece apontar para o nível de consciência que Freire (1980) chama de “consciência ingênua”. As pessoas neste nível de consciência têm conhecimento da sua condição, conhecem a raiz dos seus problemas, porém, sentem-se incapazes do enfrentamento à problemática que se apresenta. Porém, é importante registrar que tais posicionamentos ambíguos foram se tornando mais raros à medida do



progresso dos encontros, apontando para um possível movimento das trabalhadoras em direção da “consciência crítica”.

As trabalhadoras do grupo afirmaram que muitas vezes o recém-nascido e sua família não eram assistidos de maneira humanizada por falta de qualificação técnico-científicas da equipe, mas em outras ocasiões, não o eram por simples acomodação. Apesar de reconhecerem os benefícios ocasionados pela presença da mãe/pai junto ao recém-nascido, da importância do toque, do olhar e da conversa, mostram-se resistentes à permanência ininterrupta da família no berçário, bem como a sua participação nos cuidados elementares ao recém-nascido. Evidenciaram a fragilidade do “neném”, tanto no aspecto afetivo, quanto biológico. Verbalizaram a dependência deste da equipe de enfermagem, para proporcionar-lhe condições de sobrevivência, como termorregulação, oxigenação, proteção a infecções e nutrição. Também entendem que o RN é único, especial e que seu nascimento é ímpar para ele e sua família. O “neném” evoca sentimentos de alegria, amor, “uma porção de coisa”.

Apesar do entendimento sobre a importância do contato precoce do recém-nascido com os pais, para a necessária e imprescindível formação do vínculo, as trabalhadoras encontram-se ainda presas a regras e rotinas institucionais que não permitem o livre acesso dos pais ao seu filho, quando este necessita permanecer na Unidade de Neonatologia. Quando favorecem a entrada dos pais, à revelia do regimento institucional, o fazem mais como uma “concessão”, do que respeito a um direito previsto pela legislação, constante no estatuto da criança e do adolescente.

Reconhecem que os pais deveriam receber informações mais precisas sobre seu recém-nascido, em linguagem acessível, principalmente, dadas pelo médico, porém acreditam que os pais atrapalhariam se permanecessem junto ao recém-nascido por apresentarem sentimentos de curiosidade por outros recém-nascidos, agressividade com

a equipe de enfermagem e reconhecem que, algumas vezes, são agredidos por esta.

Propus a elaboração, junto com as trabalhadoras, de uma proposta para o serviço de enfermagem do berçário, visando à consecução da assistência humanizada ao recém-nascido e sua família. O grupo elaborou uma proposta de trabalho que chamou de “Rotinas para Admissão ao RN” e “Rotinas para O Atendimento ao RN Internado” (anexo 3).

Embora possa parecer simplista, considero a produção do grupo extremamente estimulante, no sentido de que para sua elaboração, provavelmente, pela primeira vez as trabalhadoras tenham tido oportunidade de examinar cada uma das atividades que sempre realizaram mecanicamente, para repensá-las, modificá-las e inserir nelas o componente de humanização possível naquele momento.

Apesar de, em muitos momentos, ter me sentido ansiosa, apreensiva, temerosa de não conseguir conduzir o grupo neste processo de discussão e reflexão de sua prática diária, hoje ao detectar os resultados, considero-os extremamente relevantes. A prática dialógica possibilitou a reavaliação das posições do grupo e proporcionou o início de um caminhar em direção de seu crescimento, da transformação de sua prática e rumo à assistência humanizada e respeito ao recém-nascido, sua família e as próprias trabalhadoras de enfermagem do berçário, que ao respeitarem sua clientela, também se tornam respeitadas.

Como um convite à esperança e à confiança nas pessoas e no mundo, deixo a mensagem na fala de Neide: *Nós estamos discutindo, dialogando, refletindo e tentando fazer a mudança.*

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Mestre Jov. , 1970
- ALONSO, Ilca Luci Keller. *Buscando caminhos para um viver saudável: uma prática educativa de enfermagem, voltada às mulheres primogenitoras em seus enfrentamentos cotidianos*. Florianópolis: UFSC , 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- BARDIN,L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BASBAUM, Leôncio. *Alienação e humanismo* .4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org).*Pesquisa Participante*. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*.Brasília: Ministério da Criança/Projeto Minha Gente,1991.
- EZPELETA ,Justa e ROCKWELL, Elsie. *Pesquisa Participante*. São Paulo : Cortez,1986.
- FENTON, Mary. *Development of the Scale of Humanistic Nursing Behaviors*. Nursing Research. V.36.N2. March/April, 1987.
- FERREIRA, Aurélio B.H. *Dicionário Aurélio Escolar da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- FOLTA, Jeannette. *Humanização dos Serviços e o uso da Tecnologia na assistência à Saúde*. Ver.Enfermagem em Novas Dimensões. V.1.N3. Jul/ago.1975.
- FONTES, José Américo S. *Assistência Materno Infantil - privilégios de poucos, direito de todos*.Rio de Janeiro: EPU, 1984.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- *História da sexualidade – a vontade de saber*. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- FREIRE, Paulo. *Educação e Mudança*.2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Conscientização: teoria e prática de libertação( uma introdução ao Pensamento de Paulo Freire)*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia do Oprimido*. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

- HARNACK, Gustav V. A. *Manual de Padiatria*. São Paulo: Springer, 1989.
- HEIDMANN, Ivonete T. S. B. *Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- IKEZAWA, Mary K. e KAKEHASHI, Tereza V. *Humanização da Assistência na UTI Neonatal*. In NAGANUMA, KAKESHASHI, Tereza V., BARBOSA, Vera Lúcia et al. *Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal*. São Paulo: Atheneu, 1995.
- KLAUS, M. H.; KENELL, J. H. *La relacion Madre-hijo*. Buenos Aires: Panamericana, 1978.
- KLAUS, Marshall *Os Surpeendentes talentos do recém-nascido*. Anais do primeiro encontro brasileiro para o estudo do psiquismo Pré e Perinatal. 1993.
- \_\_\_\_\_. *Atualização do Conceito de vínculo pais-bebês*. Anais do primeiro encontro brasileiro para o estudo do psiquismo pré e perinatal. 1993.
- LARA, Tiago Adão. *Caminhos da Razão no ocidente: a filosofia ocidental, do Renascimento aos nossos dias*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- LEONE, Cléa R. e TRONCHIN, Daisy M. R. *Assistência integrada ao recém-nascido*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- LEOPARDI, Maria Tereza. *Entre a moral e a técnica : ambigüidades dos cuidados de enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 1994.
- LIMA, Maria José. *O que é enfermagem*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em Educação : abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- LUNARDI, Wilson Danilo. *Prazer e Sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem*. Porto Alegre (UFRGS), 1995 (Mestrado em Administração - Programa de Pós-graduação em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1995.
- MADUREIRA, Valéria S.F. *Eu, você - co-partícipes no educar*. Florianópolis: UFSC. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem.) - Curso de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- MEURER, Claudete D. *Refletindo a prática em busca de uma assistência humanizada à criança hospitalizada - uma proposta educativa baseada em Paulo Freire*. Florianópolis: UFSC. 1996. Relatório de Prática Assistencial. (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de

Santa Catarina, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O Desafio do Conhecimento ; pesquisa qualitativa em saúde*. 2ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MONTICELLI, Marisa *As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso*. 1992. (mimeo).

\_\_\_\_\_. *O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MURAHOVSKI, Jaime. *Pediatria : diagnóstico e tratamento*. São Paulo : Sarvier, 1990.

OLIVEIRA, E. F.; COSTA, S.F.G.; MOREIRA, M.E. de A . *Humanização da assistência de enfermagem ao recém-nascido e à mãe na unidade de terapia intensiva neonatal - UTIN : roteiro sistematizado*. CCS, XIV (1): 49-55, jan/mar, 1995.

PEY, Maria Oly . *A escola e o discurso Pedagógico* .São Paulo: Cortez, 1988.

PITTA, Ana *Hospital - dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec , 1990.

PHILLIPS, Celeste. *Rehumanizing Maternal-child Nursing*. MCN. V 13. September/october, 1988.

PONCE. Aníbal. *Educação e Luta de Classes* 12 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Saúde: a dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.

\_\_\_\_\_. *Pós- modernidade - o vitalismo do "chaos"*. (mimeo sd.)

\_\_\_\_\_. *O cotidiano da enfermagem no trabalho em saúde*. 49º Congresso Brasileiro de enfermagem. Belo Horizonte, 1997 (mimeo) .

SANTOS, Maria E.P.; MEURER, Claudete D.; SHMITT, Márcia. *A enfermagem ao encontro da pós-modernidade - ensaio*. Alcance. Itajaí, ano III. N2.p.31 -34. Nov/96. (Enfermagem).

SAUPE, Rosita (Org). *Educação em Enfermagem – darealidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis : Editora da UFSC, 1988.

SAVIANI, Demerval . *Educação: do senso comum `a consciência filosófica*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

SCHMITZ, Edilza Maria e Cols. *A Enfermagem em pediatria e puericultura*. São

Paulo: Atheneu, 1995.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá de . *No cuidado com os cuidadores - em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire*. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

SOUZA, Márcia de; POSSARI, João F.; MUGAIAR, Ketrin H. B. *Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva*. Ver. Paul. Enf. São Paulo, 5(2), abr-mai-jun., 1985.

SPITZ, R. A . *O primeiro ano de vida*. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

VIEGAS, D. *Neonatologia clínica e cirúrgica* .São Paulo: Atheneu, 1986.

WATANABE, Esterlina; TAVARES, Celina M. A . ; SILVA, Arlete et al *Aspectos éticos e legais da pesquisa em enfermagem*. Ver. Paul. Enf. São Paulo. V.5. n2, p. 54-59, 1985.

## **7. ANEXOS**

**ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA TRANSCRIÇÃO DOS ENCONTROS**



### Formulário para transcrição dos encontros

| DATA  | DESCRIÇÃO DO LOCAL E DA ATIVIDADE  |   |  |
|---|--|---|--|
| 21/08/96<br>2º reunião  | Esta segunda reunião aconteceu na minha casa. Almoçamos juntas, depois fizemos a reunião na sala de estar da casa em virtude do “quartinho” estar em reforma. É uma sala ampla, bem arejada. Fazem parte da mobília dois sofás grandes, nos quais nos acomodamos.  |   |  |
| DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS  | RECONSTRUÇÃO DOS DIÁLOGOS  | REFLEXÕES   |  |
| Estão presentes Solange, Amanda, Raquel, Neide e Gisele, além de mim. No início estavam um tanto inibidas, depois parece que se soltaram um pouco mais. | <p>Iniciei a reunião, recordando a reunião anterior, para verificar se os dados estavam corretos. Todas concordaram.</p> <p>Depois solicitei que elas fizessem o mesmo que eu e Amanda tínhamos feito.</p> <p>Após um momento de hesitação, Neide iniciou a sua história.</p> <p>N- Nasci no Hospital, de parto normal. Sou filha de pescador, e me criei em Navegantes. É só isso. Vim para a enfermagem, meio por acaso. Minha prima trabalhava aqui no hospital, perguntou se eu não queria trabalhar. Vim aqui, fiz a ficha, fui aprovada. Logo após minha admissão, fiz o curso de Auxiliar de Enfermagem, e estou aqui até hoje, porque adoro o que faço.</p> <p>Claudete- Muito bem. Quem mais quer falar?</p> <p>S- Bom. Eu nasci de parto normal no hospital. Não tem muito o que falar. Foi como todo mundo. Em 1981 comecei a trabalhar no hospital, na limpeza. Um ano depois fui convidada a fazer o curso de</p> | <p><b>A chegada delas na enfermagem foi “por acaso”, depois é que se profissionalizaram. Iniciaram e, estão até hoje, no berçário.</b></p> <p><b>Algumas buscaram a qualificação no nível médio (3) e outras (2) não.</b></p> <p><b>Houve casos de duas delas que ingressaram na limpeza e depois ascenderam para a enfermagem.</b></p> <p><b>A busca pela profissionalização terá sido só pelo fator financeiro? Ou veio como uma afirmação de escolha profissional?</b></p> |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>atendente pela chefe da Enfermagem.</p> <p>Continuei a trabalhar no berçário.</p> <p>Trabalhei a noite 8 anos. Depois fiz auxiliar e continuei a trabalhar até hoje.</p> <p>Vai fazer 15 anos, sempre no berçário.</p> <p>Claudete- Quem mais?</p> <p>N- Fala Raquel.</p> <p>R- Ah! Eu não sei.</p> <p>S- Deixa que a tua mãe conta. A mãe que te criou.</p> <p>Claudete- Como assim?</p> <p>S- Tu não sabias que as duas são irmãs e que a Gisele que criou a Raquel porque elas são órfãs?</p> <p>Claudete- Não . Disso eu não sabia.</p> <p>G- É desde que eu tinha 6 anos. Mas ela nasceu, e eu também no hospital. Foi tudo bem. Eu tô no banco de Leite, porque a Raquel me avisou que tinha vaga, eu vim e tô lá até hoje. Agora fala tu Raquel.</p> <p>R- Eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem ali na UNIVALI, e trabalhava no Hospital Infantil como atendente. Lá que eu te conheci. Depois eu saí, porque não gostava muito de trabalhar lá. Daí eu recebi um recado teu pra trabalhar no berçário. Daí eu fui, fiz um estágio e fiquei lá. Terminei o curso. E é só.</p> <p>Claudete- Eu gostaria agora que vocês me</p> | <p><b>A única exceção do grupo, Raquel primeiro iniciou a qualificação profissional. Entrou no berçário por indicação minha.</b></p> |
|--|---|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>dissessem por que vocês estão vindo aos encontros, o que traz vocês aqui, o que vocês esperam.</p> <p>Silêncio. Pausa.</p> <p>A- Eu... eu posso falar por mim, né?</p> <p>Como vocês sabe eu não estudei nem nada, o que eu sei é só um pouquinho. Então, o que eu espero é aprender, crescer.</p> <p>Acho que vou aprender muita coisa aqui com vocês, que são mais estudada, sabe mais que eu, que nunca estudei.</p> <p>Quem mais? E tu Raquel, Neide, Gisele</p> <p>S- A Raquel veio por causa do empadão. (risos)</p> <p>Claudete- eu sei que o empadão ajudou. Mas, será que foi só por isso?</p> <p>S- Eu vou te dizer: eu só vim porque era tu. A gente tem amizade, te conhece de tempo. Se fosse outra pessoa... ( fez sinal com a cabeça denotando que se não fosse eu, ela não estaria aqui)</p> <p>As outras ficaram em silêncio, como que concordando, em sua atitude, com as palavras de Solange.</p> <p>Claudete- Isso me deixa até lisonjeada, mas eu acredito que deve existir ainda algum outro motivo que as impulsiona nesta caminhada. Sei que a nossa relação ajuda, e muito. O respeito que sentimos é fundamental, mas eu penso que deve</p> | <p><b>Será que elas têm clareza da mola impulsionadora? Será que o questionamento não foi precoce, motivado pela minha ansiedade?</b></p> <p><b>Amanda busca o conhecimento. “aprender mais”. Reforça que sabe pouco e busca o crescimento no seu processo de desenvolvimento enquanto ser humano.</b></p> <p><b>Usam Chistes muito frequentemente.</b></p> <p><b>Estão vindo aos encontros só por consideração a mim? Será que a busca por mudança é só minha?</b></p> <p><b>Estou impondo um fator estimulador que elas afirmam não existir.</b></p> |
|--|--|--|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>existir ainda, algum outro motivo que não está sendo percebido, no momento.</p> <p>Silêncio.</p> <p>Eu gostaria de pedir que vocês pensassem mais sobre o assunto. Acho que seria interessante também escolhermos um tema para discussão no próximo encontro.</p> <p>Sobre o que vocês acham que nós poderíamos falar no próximo encontro?</p> <p>Sei que já está na hora de vocês irem embora. Já estão olhando no relógio...</p> <p>N- Acho que a gente podia falar sobre o RN.</p> <p>Claudete- todas concordam? Então tá. Até o próximo encontro, que vai ser no dia 04/09, certo? Então obrigado por terem vindo e pensem sobre o assunto.</p> | <p><b>Poderia ter problematizado mais. Não o faço, e logo mudo de assunto.</b></p> <p><b>O primeiro tema partiu do grupo. E é a figura central, o foco de nossa preocupação, que parece, ser comum.</b></p> |
|--|--|---|

#### ESCLARECIMENTO E IMPRESSÕES

Foi verbalizada a intenção de participarem das reuniões em consideração a mim, pelo processo ser conduzido por mim. Será que elas não tem mesmo nenhuma outra motivação? Não estão buscando o mesmo que eu? Parece que, com exceção de Amanda todos os outros nascimento foram iguais. Hospitalares, sem intercorrência, muito parecidos com a maioria dos partos que acontecem até hoje no ambiente hospitalar. Será por isso que elas não percebem o nascimento como um evento ímpar, especial de cada RN? Será que terei condições de sensibilizá-las para essa busca de humanização na assistência ao RN? Talvez elas não estejam tão motivadas quanto eu julgava que estivessem.

**ANEXO 2 - DIÁRIO DE CAMPO**

## DIÁRIO DE CAMPO

04/09/96 - Durante o estágio da graduação em enfermagem.

Estava acompanhando meus alunos, quando ouvi barulho de vozes que pareciam pessoas brigando. Saí ao corredor e pude perceber que Amanda estava discutindo com a escriturária porque esta não queria “permitir” que uma mãe entrasse na sala de RNs pré-termos para amamentar seu bebê. Em seguida chegaram Solange e Neide. Mesmo tentando contornar a situação. As duas apoiaram a posição de Amanda e, Solange que está respondendo pela chefia, acrescentou que quem decide sobre a entrada ou não dos pais, é a enfermagem.

Estamos com poucos recém-nascidos internados, e eu percebo que a maioria das trabalhadoras do grupo procura oferecer a alimentação ao RN no colo. Talvez seja resultado do trabalho no grupo, ou porque têm visto os alunos da faculdade fazerem esta atividade frequentemente.

NOTA: Estou animada com o grupo. Embora não tenham se apercebido, já fazem algumas mudanças nos procedimentos de cuidado ao recém-nascido. Fiquei impressionada com a discussão mantida com a escriturária e com a atitude de Solange ao tomar para a enfermagem a responsabilidade sobre a entrada dos pais. Vou buscar reforçar as atitudes tomadas por elas no sentido de procurarem assistir o recém-nascido de forma humanizada.

**ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO**

## ROTEIRO PARA O ATENDIMENTO NA ADMISSÃO DO RN<sup>5</sup>

Receber o RN em berço aquecido, retirar os campos úmidos. Conversar com o RN.

Calçar luvas de procedimentos, para se proteger de contaminação.

Fazer Apgar dos cinco minutos

Fazer aplicação de colírio (argirol) - só de parto normal. Retirar o excesso com uma gaze seca.

Fazer exame antropométrico (peso, altura, PC,PT,Pab)

Identificar o RN com pulseira ( nome completo da mãe, data e hora do parto, sexo do RN) e impressão plantar no cartão de identificação.

Aquecer o RN, fazer os cuidados no berço aquecido.

Dar banho no RN

Fazer teste de reflexos

Passar sonda nasogástrica.

Aplicar kanakion IM no RN

Retirar do berço aquecido quando a temperatura estiver em 36 graus

Fazer curativo do coto umbilical com álcool iodado

Vestir o RN e levar para a mãe depois do exame médico. Estimular e auxiliar na amamentação

Orientar a mãe sobre os cuidados com o RN, teste do pezinho, vacinas e consulta.

Observar eliminações (urina, fezes, vômito)

Fazer anotação de enfermagem.

## ROTINA DE ATENDIMENTO PARA RECÉM-NASCIDO INTERNADO<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Foi mantida a linguagem utilizada pelas trabalhadoras.



Dar banho diariamente. Conversar com o RN durante o banho.

Trocar fraldas e fazer higiene sempre que necessário.

Aplicar a medicação prescrita.

Pesar o RN diariamente, para acompanhar o ganho de peso.

Verificar sinais vitais.

Dar alimentação VO no colo, sempre que possível. De preferência oferecida pela mãe.

Controlar funcionamento das incubadoras (temperatura)

Fazer controle de oxigênio.

Fazer controle de fluidoterapia, (controle da bomba de infusão).

Colher sangue para o “teste do pezinho” até o sétimo dia de nascimento.

Fazer higiene oral com bicarbonato de sódio.

Lavar as mãos com degermante antes e pós realizar cuidado com o RN ( escovar as unhas)

Fazer curativo umbilical com álcool iodado.

Observar eliminações.

Fazer registro de enfermagem

Favorecer a visita de familiares, sempre que possível. Estimular o toque (dos pais)

Orientar os pais na colocação das roupas (paramentação), higiene das mãos, Estimular a conversação deles com o RN.

Fazer hidratação oral nos intervalos das mamadas.

Dar melhor orientação às mães quanto ao estado do RN. De preferência orientação dada pelo pediatra.

Questionar as mães sobre possíveis doenças durante a gestação: diabetes, VDRL (sífilis)

---

<sup>6</sup> Foi mantida a linguagem utilizada pelas trabalhadoras.

HIV, rubéola etc, na internação da mãe. Incluir no impresso de admissão na sala de parto.