

LÉLIA MARIA MADEIRA

C. 641160
R 1411985-
02/07/01
R# 1,65
(R)

Associação Brasileira de Enfermagem
Av. L-2 Norte - CEB - Bloco "B"
70.850 - G. BRASILIA - DF - BRASIL

PESQUISA PARTICIPANTE: METODOLOGIA PEDAGÓGICA ALTERNATIVA PARA ENFERMEIROS

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1411985-	
02 / 07 / 2001	

ok

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração em Enfermagem Pediátrica.

1536
610.7362
M 1537
1985

ORIENTADORA: Dra. ESTHER MORAES

SÃO PAULO
1985

AGRADEÇO

De modo especial

Ao Dr. Joel da Silva Camacho, por sua inestimável colaboração nesta pesquisa.

AGRADEÇO

Aos enfermeiros

Rosa Soares, Maria do Carmo, Ênio, Ivone,
Eunice Antunes, Rosa Maria, Ana Amélia,
Catarina, Letícia e Beth.

À orientadora

Esther

E a todos que, direta ou indireta-
mente, contribuíram para a realização des-
te trabalho.

SEMENTE*

A semente foi lançada
e, de repente,
houve a ânsia incontida
de se ver a planta
germinada,
crescida.

Você chegou - mãos cheias,
coração aberto.

Agitou-se o ânimo semi-desperto
e, a cada dia,
um novo espaço se abria
para a renovação.

Reacesa a chama que ardia
dentro de nós,
partimos para o mesmo fim:
a ação humanizada
no conhecimento do ser,
no princípio da ciência,
na linguagem do amar,
no sentir,
no desejo de crescer,
de cuidar,
de assumir.

Já é tempo
de se ver a planta com vida,
germinada,
crescida.

(Rosa Soares)

* - Poesia feita especialmente para compor este trabalho, representando, segundo a autora, a percepção que teve sobre o processo educativo - participativo vivenciado durante a pesquisa.

SUMARIO

RESUMO	vi
INTRODUÇÃO	1
1. Problemática da assistência de enfermagem à criança hospitalizada	2
2. Escolha da metodologia de pesquisa	10
A EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA COM OS ENFERMEIROS DA UNIDADE PEDIÁTRICA DO H.C. DA UFMG	21
1. Considerações gerais	22
2. Metodologia	23
2.1- Local	23
2.2- Componentes do grupo	24
2.3- Etapas da pesquisa	24
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO TRABALHO COM O GRUPO.....	33
1. Dados obtidos nas fases de inserção e coleta de informações	34
2. Resultados do processo de discussão com o grupo	41
3. Considerações finais	54
PAPEL DA PESQUISADORA NO PROCESSO PARTICIPATIVO.....	62
CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
SUMMARY	77
ANEXOS: 1- OBSERVAÇÕES DE ADMISSÕES E RESPOSTAS À PERGUNTA: <i>O que você acha da adm_{is} são da criança?</i>	80
2- ROTEIRO DA ENTREVISTA FEITA COM OS EN- FERMEIROS.....	85
3- RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS FEITAS NA EN- TREVISTA	86
4- ROTEIRO PARA ADMISSÃO DA CRIANÇA.....	94

RESUMO

Neste trabalho, empreendido com o grupo de enfermeiros da unidade pediátrica de um hospital-escola governamental, a metodologia utilizada foi a pesquisa participante, partindo-se do referencial teórico da filosofia da práxis. Através das etapas da pesquisa, considerando-se os princípios da ação democrática e utilizando-se de discussões em grupo, estudou-se a problemática da hospitalização da criança, com primeiro enfoque na admissão. Porém, pela abordagem dialética histórica empregada, surgiram novas necessidades e prioridades que foram ou continuam a ser trabalhadas pelo grupo. A análise crítica do processo evolutivo da pesquisa mostrou que a vivência do processo educativo - participativo promoveu nos enfermeiros, seja individualmente ou como grupo social, uma progressiva ascensão de sua visão da realidade, com evidente superação de uma consciência ingênua, espontânea, para outra mais crítica, reflexiva, ainda que não se tenha atingido o nível desejado de uma consciência de classe.

INTRODUÇÃO

1. Problemática da assistência de enfermagem à criança hospitalizada.

A questão da hospitalização da criança é um tema muito abordado e discutido pelos profissionais da área da saúde. Esta preocupação deve-se ao fato de que as crianças pertencem à faixa etária mais vulnerável da população e, conforme afirma MAHLER³⁸ representam a *riqueza do mundo*. Para o autor *as crianças são um recurso inestimável e as nações que delas não cuidarem, o farão a seu próprio risco*.

Sabe-se quão precárias e deficientes são as condições de assistência oferecidas à população infantil no sistema de saúde vigente no Brasil e, que muito pouco se tem conseguido fazer no sentido de modificar tal situação.

Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde⁴⁷, a taxa de mortalidade infantil em países em desenvolvimento foi de 94,0% em 1980. No mesmo ano, conforme estimativas da Divisão de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde⁵, a taxa de mortalidade infantil em todo o Brasil foi de 87,3%, havendo grandes diferenças regionais - Região Nordeste: 130,0%; Região Norte: 100,0%; Região Sudeste: 67,0%; Região Centro-Oeste: 85,0% e Região Sul: 55,0%.

Mesmo que se considere o índice regional mais baixo (Região Sul: 55,0%), verifica-se uma enorme discrepância quando se compara este índice com a taxa encontrada nos países desenvolvidos que é de 19,0% crianças nascidas vivas.⁴⁷

Estas taxas mencionadas mostram apenas um dos ângulos da questão relativa à assistência à infância, que é a da saúde. Entretanto, não se deve ser ingênuo ao ponto de se pensar que a área da saúde concentraria todos os problemas e as possíveis soluções dos mesmos. A questão deve ser vista de uma forma muito mais ampla, muito mais estrutural; os fatores são interdependentes e historicamente determinados. Claro que, para termos crianças saudáveis necessitaríamos de melhores condições gerais de vida, tais como: alimentação adequada; água potável e saneamento básico para todos; controle de doenças transmissíveis; diminuição do índice de analfabetismo, com educação em saúde; uma assistência materno-infantil efetiva; além de um atendimento curativo condizente com as necessidades da população (KINGMA³¹). Junto a estas condições mencionadas devem-se considerar, concomitan-

1. Problemática da assistência de enfermagem à criança hospitalizada.

A questão da hospitalização da criança é um tema muito abordado e discutido pelos profissionais da área da saúde. Esta preocupação deve-se ao fato de que as crianças pertencem à faixa etária mais vulnerável da população e, conforme afirma MAHLER³⁸ representam a *riqueza do mundo*. Para o autor *as crianças são um recurso inestimável e as nações que delas não cuidarem, o farão a seu próprio risco*.

Sabe-se quão precárias e deficientes são as condições de assistência oferecidas à população infantil no sistema de saúde vigente no Brasil e, que muito pouco se tem conseguido fazer no sentido de modificar tal situação.

Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde⁴⁷, a taxa de mortalidade infantil em países em desenvolvimento foi de 94,0% em 1980. No mesmo ano, conforme estimativas da Divisão de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde⁵, a taxa de mortalidade infantil em todo o Brasil foi de 87,3%, havendo grandes diferenças regionais - Região Nordeste: 130,0%; Região Norte: 100,0%; Região Sudeste: 67,0%; Região Centro-Oeste: 85,0% e Região Sul: 55,0%.

Mesmo que se considere o índice regional mais baixo (Região Sul: 55,0%), verifica-se uma enorme discrepância quando se compara este índice com a taxa encontrada nos países desenvolvidos que é de 19,0% crianças nascidas vivas.⁴⁷

Estas taxas mencionadas mostram apenas um dos ângulos da questão relativa à assistência à infância, que é a da saúde. Entretanto, não se deve ser ingênuo ao ponto de se pensar que a área da saúde concentraria todos os problemas e as possíveis soluções dos mesmos. A questão deve ser vista de uma forma muito mais ampla, muito mais estrutural; os fatores são interdependentes e historicamente determinados. Claro que, para termos crianças saudáveis necessitaríamos de melhores condições gerais de vida, tais como: alimentação adequada; água potável e saneamento básico para todos; controle de doenças transmissíveis; diminuição do índice de analfabetismo, com educação em saúde; uma assistência materno-infantil efetiva; além de um atendimento curativo condizente com as necessidades da população (KINGMA³¹). Junto a estas condições mencionadas devem-se considerar, concomitantemente, as formas de divisão dos recursos originados das re

lações de trabalho.

A hospitalização da criança é uma ocorrência rotineira na prática hospitalar, sendo conhecidos os altos índices de internação de crianças que chegam às instituições pelos mais variados problemas.

Dentro do contexto curativo, que ainda é o enfoque principal de nossa realidade de atendimento à saúde, conhecemos as deficiências existentes e os problemas enfrentados pelos profissionais, no intuito de atenderem a esta população pluricarente.

Referindo-se à assistência à criança pela instituição hospitalar, BARBOSA³ afirma que o excesso de doentes e a escassez de recursos traz dificuldades em se estabelecer prioridades, e a tendência geral é relegar aspectos básicos da assistência à criança, em detrimento de outros que estão mais afetados.

Nesta perspectiva a assistência, além de ter seu enfoque predominantemente curativo, ainda é oferecida de forma parcializada, não atendendo ao indivíduo integralmente.

A instituição hospitalar, por sua vez, tendo suas bases numa filosofia capitalista de exploração da mais valia, privilegia o capital em detrimento do atendimento das reais necessidades da população.

ROCHA et alii⁵¹ mencionam a cristalização definitiva do hospital como núcleo da atenção médica na sociedade brasileira, no período compreendido entre fins da década de 50 e início dos anos 70, levando os profissionais da saúde a concentrarem suas atividades em instituições hospitalares, atendendo a diretrizes imprimidas pela política capitalista daquele momento.

Esta política de saúde com enfoque predominantemente curativo, prestando uma assistência individualizada, valorizando excessivamente o tecnicismo, vai se subordinar ao sistema produtivo, à acumulação de capital.

GERMANO²¹, analisando a influência da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no ensino da enfermagem no Brasil, ressalta que a ABEn, ao longo de sua existência, serviu de apoio para legitimar as políticas de educação e de saúde oriundas do Estado brasileiro e daí, passa a exigir um ensino, cuja ênfase recai na assistência curativa, de conformidade com a direção que o desenvolvimento do capitalismo,

Como resultante da monopolização da economia, as práticas de saúde e o exercício da medicina e, particularmente, da enfermagem, sofreram um processo acentuado de privatização e de especialização. Na atualidade, este processo é decorrente da crescente organização empresarial da qual se reveste a prestação da assistência à saúde.

Como conseqüência, se faz necessário que o enfermeiro domine cada vez mais técnicas avançadas para que, servindo à profissão médica, possa atuar em centros sofisticados de atendimento, priorizando sempre a área curativa.

Neste sentido, GERMANO²¹ diz que a assistência curativa, sofisticada, por seu alto preço, ao ser transformada em mercadoria só pode ser consumida por uma minoria privilegiada da sociedade. No entanto, nos textos de enfermagem analisados em seu trabalho, a autora percebe uma preocupação muito grande com o aspecto social da assistência, só que referindo-se apenas ao *servir* e nunca como uma análise mesmo superficial da realidade, concebendo-se a sociedade como algo abstrato e omitindo-se qualquer referência à existência das classes sociais ou a uma formação social específica.

MARQUES⁴¹ discorrendo sobre política de saúde no Brasil coloca que, deve-se ter claro, que a distribuição social da doença não é algo que se limite ao interior do setor saúde. A problemática da saúde, como fenômeno coletivo, requer uma intervenção política, pois sua solução depende do equacionamento de questões sociais, econômicas e culturais mais gerais. Citando Berlinguer, a autora concorda com o mesmo, dizendo que o desenvolvimento de uma consciência sanitária moderna, política e cientificamente ampla deverá albergar o projeto político de transformar a problemática da saúde de um *negócio* para empresários, em assunto político, que exige o fortalecimento do compromisso das instituições públicas de saúde com a saúde coletiva.

Esta subordinação do setor saúde ao sistema capitalista; a administração hospitalar baseada em princípios tayloristas, dentre outros fatores, é o que tem norteado a assistência à criança hospitalizada e, especialmente, no que diz respeito à enfermagem, tem influenciado e, quem sabe, até mesmo direcionado suas ações.

Considerando-se que a enfermagem é uma prática histórica e socialmente determinada, guardando relação com as práticas de saúde em geral, faz-se necessário destacar os

papéis desempenhados pelo enfermeiro nesse contexto de prestação de assistência à criança hospitalizada.

Nos hospitais, de modo geral, deparamos com uma gama de problemas que compõem o quadro da assistência à criança, particularmente os ligados à enfermagem, tais como: rotatividade exagerada de pessoal; sobrecarga de trabalho; despreparo técnico-científico; assistência voltada quase que só para aspectos físicos; entre outros. A tudo isso associa-se ainda a formação idealista, tradicional, do enfermeiro, baseada quase que exclusivamente em padrões estrangeiros, o que vai gerar uma série de conflitos e, mesmo contradições na sua prática. Aquilo que aprendeu como correto, *ideal*, não está tendo possível aplicação dentro de sua realidade; a sua formação profissional no nível teórico continua muito distanciada de sua prática. Seu objeto de trabalho, como o cuidado ao paciente, vem sendo realizado por pessoas com pouca ou nenhuma formação profissional, na maioria das vezes.

ALMEIDA² falando sobre a evolução histórica da construção do saber na enfermagem deixa claro a predominância do ensino formal com grande valorização dos aspectos técnicos e diz que *como o saber é um instrumental para realizar a finalidade do trabalho ele não pode ser compreendido como produzido a priori, como uma instância autônoma, neutra, comandada somente pelo cientificismo técnico. Pelo contrário, ele deve ser entendido como resultado da própria prática.*

Falando sobre o surgimento das teorias de enfermagem, como uma tentativa de se formar um corpo de conhecimentos próprio da profissão, a autora ressalta, entre outras questões, os problemas ligados à qualidade e quantidade do pessoal de enfermagem, no Brasil. Diz que o pequeno número de enfermeiros e o grande número de pessoal elementar não é o fator principal da crise por que passa a enfermagem, mas é efeito de transformações históricas, sendo neste sentido, limitante para o desenvolvimento das teorias de enfermagem. Questiona a possibilidade dos atendentes ou mesmo dos enfermeiros desenvolverem as teorias no cuidado ao paciente, uma vez que o cuidado na saúde é subdividido, centrado nas funções e sem muita complementaridade; acrescido da figura do administrador que simboliza a organização formal do trabalho, explícito pela racionalidade e rentabilidade econômica, através da prestação de bens de saúde. Ressalta ainda o fato de que a qualidade do cuidado de enfermagem não tem sido, na nossa realidade, fator relevante. É esperado do enfermeiro

que ele desenvolva atividades administrativas, muitas vezes, sem necessidade de um domínio do saber de enfermagem para desempenhar tais tarefas.

Em pesquisa realizada por FERREIRA-SANTOS¹⁵, onde faz um perfil psicológico, social e cultural do enfermeiro, foi verificado que o papel do enfermeiro está mal integrado no sistema hospitalar e na sociedade em geral, e que a profissão se encontra em processo de transição no que se refere à definição de papéis. Neste estudo detectou-se que a maioria dos profissionais se coloca como intelectuais, administradores, científicos, mas que *saberiam* dar cuidado integral ao seu cliente; so não o fazem por falta de tempo.

Como se sabe, os conhecimentos teóricos adquiridos durante os anos de formação não têm sido acompanhados de modificações nas ações destes profissionais.

ROCHA⁵⁰, fazendo um estudo sobre o desempenho da função do enfermeiro em unidades de internação de hospitais gerais, constatou que o enfermeiro, nas unidades de internação, está totalmente ou em parte, distanciado das atribuições que considera de maior relevância de execução, ou sejam, aquelas ligadas diretamente à atenção do paciente, à elaboração de planos de cuidados, à avaliação da assistência prestada e à pesquisa em enfermagem.

Nestas instituições vemos o enfermeiro desempenhando papéis conflituosos. Por um lado, ele representa o poder, assumindo a postura de chefe em relação ao pessoal elementar e, por outro, tenta assistir seu cliente, o que lhe exige a prestação de cuidados diretos à pessoa doente, na maioria das vezes. Esta situação dúbia mobiliza-lhe muitas ansiedades com as quais tem dificuldade em lidar, levando-o, na maioria das vezes, a optar pela posição que é mais cômoda e onde se sente atê com poder. Dessa maneira, freqüentemente, se distancia de seu cliente e mantém uma relação de dominação frente aos demais elementos da equipe de enfermagem.

Na prática da assistência à criança hospitalizada, no que diz respeito às ações do enfermeiro, temos testemunhado e mesmo vivido, muitas incoerências. O que se aprendeu teoricamente sobre o assunto, o que se verbaliza como valor, enfim o discurso dos profissionais, não é condizente com suas ações. Encontramos aquele que acha muito importante a criança ser diretamente cuidada pelo enfermeiro, no entanto está a executar na unidade apenas funções administrativas; outro supervaloriza a presença da mãe acompanhante mas, se hou

ver tentativa de implantação do sistema em sua unidade, na maioria das vezes, é ele o primeiro a colocar os maiores obstáculos.

Obviamente não se pretende fazer aqui colocações simplistas da questão. Porém, percebemos como sendo de suma importância que estes pontos sejam levantados e que reflexões sejam feitas, no sentido de compreender e modificar tal situação.

Para TEJADA-DE-RIVERO⁵⁷ o pessoal de enfermagem deve ser encarado como parte integrante do sistema de saúde e da opinião pública, pois possui uma ligação direta com a grande massa de pessoas com as quais está em contato permanentemente e, esta ligação deve ser explorada em toda sua extensão para a melhoria do nível de saúde da população. O autor deixa claro que, o papel da enfermagem no hospital é vital e precisa continuar, pois os hospitais fazem parte de um sistema de saúde abrangente e representam um elo de ligação com cuidados primários efetivos.

Desse modo, vemos a prática de enfermagem no meio hospitalar, como importante e necessária, mas que precisa ser repensada e modificada, centrada no cliente, vendo-o em seu contexto sócio-econômico e cultural. E acreditamos que, uma análise crítica feita pelo enfermeiro, refletindo sobre suas atividades diárias, seu envolvimento, capacidades e responsabilidades como profissional, o levará a repensar e a retomar seu papel na assistência à criança hospitalizada.

Autores como WILKINS⁶¹, MACHADO & MACHADO³⁵, MARCONDES³⁹, CONCEIÇÃO et alii¹⁰, MARLOW⁴⁰, HERTL²⁷ e BARBOSA³, acreditam que são uma assistência integrada, considerando a criança como um todo, dentro de seu círculo familiar e de sua classe social, feita por uma equipe de saúde mais consciente poderá resultar em sua assistência efetiva.

Com relação às ações da enfermagem, WILKINS⁶¹, MARLOW⁴⁰ e KETTEL et alii³⁰ vêem o enfermeiro como o profissional que se responsabilizaria pela internação da criança, fazendo o primeiro contato com ela e a família e que determinaria os cuidados a eles dispensados.

No entanto, para que esta assistência seja efetiva, integrada, é imprescindível que ela seja prestada por profissionais que estejam também integrados. ROGERS⁵⁴ dentro de sua visão humanista da psicoterapia e da educação, relata que a maioria de nós passou um grande período em institui-

gem se fazia do pescoço para cima, na compreensão e na memorização, no raciocínio e na expressão. No entanto, os sentimentos são também parte importante da nossa vida. A ênfase e xagerada no consciente e no racional, aliada à depreciação da sabedoria de nosso organismo responsivo, total, nos impedem de viver como seres humanos unificados, integrais.

Para YAARI⁶² são três os elementos essenciais a serem considerados na pessoa: o *querer*, o *sentir*, o *pensar*. Para ele o *sentir* dá a dimensão da realidade das coisas e, sem essa força, pode-se chegar a trabalhar distanciando - se daquilo que deve germinar e crescer. Diz também que, somente quando formos capazes de lidar com esses elementos, conseguiremos descobrir maneiras totalmente inesperadas de conhecer e interpretar os fenômenos.

Na área da saúde, especialmente, na enfermagem, as pessoas lidam continuamente com outras que, por sua vez, possuem e externalizam suas emoções e, frente à própria exigência do cuidado de enfermagem, o enfermeiro está também, a todo momento, tendo que lidar com suas próprias emoções.

MENZIES⁴³ identifica nos enfermeiros, alto nível de ansiedade gerada pela própria profissão, ao prestar assistência contínua ao paciente, lidar com pessoas doentes, ameaçadas de sofrimento e morte, as quais são tarefas, muitas vezes, consideradas repulsivas, desgastantes e atemorizantes. Além disso, o enfermeiro tem que captar e lidar com o *stress* de seu paciente e de sua família. Assim, às suas necessidades associam-se as de outros.

Pelas deficiências próprias de sua formação o enfermeiro nem sempre tem consciência dessa *integridade* necessária; muitas vezes, não compreende o que se passa com o paciente e/ou consigo mesmo. Isso com frequência o leva a tornar-se um profissional ansioso, geralmente, desmotivado, insatisfeito e que, dificilmente, conseguirá assistir satisfatoriamente seu cliente.

ROGERS⁵² menciona a congruência como fator indispensável para se conseguir *ser* pessoa inteira numa experiência. Sendo congruente a pessoa vivencia o que está presente em sua consciência e o que está em sua consciência é transmitido através de sua comunicação. Para o autor, nesses momentos, a pessoa estaria completamente íntegra.

A pessoa congruente quanto ao que pensa, sente e quer é muito mais real e suas relações com as outras per-

dem o caráter artificial, tornando-se mais profundas e satisfatórias. São assim, segundo ROGERS⁵³ é possível uma relação, na qual pelo menos uma das partes, procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.

Acreditamos que, somente através de uma visão ampliada de seu contexto e do contexto de seu cliente, valorizando e preservando o *querer*, o *sentir* e o *pensar*, seu e do outro é que o enfermeiro poderá atuar como verdadeiro elemento terapêutico para a criança e sua família, numa situação tão desagradável que se constitui a hospitalização.

EYRES¹³ fala do papel do enfermeiro no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e distingue muito bem o que é *ser* enfermeiro e o que é desempenhar o papel de um enfermeiro. Se refere àquilo que o enfermeiro é e aquilo que ele tem para oferecer a seu paciente e à sua família.

Para a autora, *ser* enfermeiro é resultado do compromisso, do envolvimento com o cliente. O enfermeiro que é capaz de se envolver e de utilizar-se a si próprio terapêuticamente é aquele que possui uma filosofia de vida e de prática de enfermagem com as quais ele está comprometido, procurando levar o paciente e familiares a serem sujeitos e não objetos de seus cuidados. Neste sentido, conseguirá *ser* enfermeiro e impulsionar seu cliente e família em direção a uma experiência de crescimento para ambos.

Retornando-nos à problemática colocada, percebemos que cada uma das perspectivas abordadas até o momento, forneceu-nos uma visão parcializada dos aspectos considerados importantes para que possamos ter profissionais de enfermagem conscientes e preparados para a prestação de uma assistência efetiva a seu cliente, especialmente, à criança e sua família, em sua hospitalização.

Pela consulta ao referencial bibliográfico, percebemos que MINZONI⁴⁴ vai mais além. Com a proposta de uma *função integrativa*, própria do profissional de enfermagem, de certa forma, consegue englobar e valorizar os aspectos mencionados e discutidos anteriormente. A autora afirma que, ao executar tal função, o enfermeiro: retornaria ao cuidado direto às pessoas que requerem ajuda; atuaria nos diversos níveis de prevenção e atenderia à necessidade urgente de renovação do ensino, para que suas ações sejam condizentes com a evolução da enfermagem.

Para MINZONI⁴⁴ :

"a *função integrativa* envolve a atuação do enfermeiro junto às populações, com o objetivo de ajudar às pessoas a utilizarem suas potencialidades, seja para enfrentar seus problemas; seja para aceitar suas limitações; seja para encontrar recursos próprios para a manutenção de sua integridade. E, o exercício da função integrativa exige do enfermeiro um conhecimento, não superficial, de todos os fatores que concorrem para a manutenção da integridade pessoal, familiar e social. Isto significa que há necessidade de conhecer e aplicar as informações oriundas da sociologia e da psicologia, de se relacionar o problema do paciente com sua situação sócio-econômica-educacional; de se conhecer a pessoa com quem se está relacionando, seus pensamentos, desejos, conceitos, frustrações, esperanças, medos, valores e prioridades sentidas e referidas que está sendo vivenciado pelo outro e de entender a mensagem que o outro envia com suas palavras, gestos, expressões faciais, posição corporal e emoções sentidas. A função integrativa é um modo de agir com o outro (pessoa, família ou grupo) como homem capaz de pensar e tomar decisões".

Dentro de toda problemática levantada, como levar os enfermeiros a conhecerem a importância de seu papel e a se tornarem aptos para desempenhar tal função?

2. Escolha da metodologia de pesquisa

À primeira vista percebe-se como imperativo um processo de reeducação e de criação de uma consciência reflexiva por que deve passar o enfermeiro. Tendo sua educação baseada na aquisição passiva de conhecimentos, com decisões sempre tomadas por outros, ele precisa se reorientar e refletir sobre seu papel como agente de mudanças.

Esta reorientação do papel do enfermeiro esta-

ria intrinsecamente ligada ao papel que a universidade desempenha frente à sociedade. Esta desempenha funções essenciais ligadas ao ensino, pesquisa e serviços. No campo da saúde, especificamente, ela deve ser criadora de desafios para o desvendamento da realidade, levando as pessoas a despertar para uma consciência mais crítica. Deve também se empenhar para que todos os povos obtenham um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente digna.

SOBERON & RIVERO⁵⁶, analisando as funções da universidade, dizem que ela deve ter uma participação ativa em sua interação com a sociedade, examinando os problemas e participando na busca de soluções; prestando serviços; planejando e experimentando modelos e entrando em contato com a realidade social.

Acrescenta-se a isto, a importância de não se relegar as grandes contradições existentes na sociedade, as quais devem ser superadas.

Para contribuir para o desenvolvimento dos povos as universidades terão de ultrapassar o papel tradicional de fornecedores de diplomados, e serão forçadas a serem mais receptivas às necessidades e aspirações de seus países (BHAMARAPRAVATI⁴). Enfim, elas precisarão estar comprometidas com as populações a que irão atender e, para isto AKINKUGBE¹ faz um apelo a estas instituições, para que examinem suas próprias funções e desfaçam-se da *velha inexpugnável torre de marfim do saber pelo saber*.

Para REZENDE⁴⁹ a universidade, enquanto aparelho ideológico do Estado, transmite aos profissionais o saber técnico-científico inculcando-lhes a fantasia de intelectuais. Isto os leva a sentirem-se diferenciados e a distanciarem-se, cada vez mais, das massas trabalhadoras.

Na enfermagem, um possível caminho para a descida da *torre de marfim* seria através, não só de seus serviços, mas, basicamente, da investigação autenticamente científica. Muitos trabalhos têm sido feitos na enfermagem, porém em sua maioria, seguindo a linha experimental, positivista e, muito pouco tem retornado em benefício das populações pesquisadas. Parece-nos imperativo a retomada de metodologias alternativas para que tenhamos profissionais-pesquisadores comprometidos com a população, num desvendamento contínuo da realidade vivida por ambos. Segundo HAMBURG & RUSSELL²⁶ é grande a necessidade de fortalecer a capacidade de pesquisa em saúde e comportamento no mundo em desenvolvimento - a pesquisa que

seja relevante às características dos países, com ênfase especial na educação do público, com conseqüente promoção dos padrões de vida.

No entanto, de acordo com SANTOS⁵⁵, nenhuma pesquisa científica pode se desenvolver sem uma teoria que a oriente. Diante do objeto de sua investigação, o sujeito deve traçar previamente uma estratégia e uma tática para abordá-lo, visando conhecê-lo cientificamente, sendo fundamental a escolha da teoria. Isto quer dizer que, antes de escolher as técnicas a utilizar, deve-se decidir por uma linha de demarcação teórica que vai orientar e fornecer os parâmetros gerais de sua investigação.

Para este trabalho optamos pela utilização da metodologia de pesquisa participante que, segundo DEMO¹² tem suas bases na dialética porque é a que assume o contexto histórico, privilegia a apreensão e o tratamento dos conflitos sociais, propugna a transição histórica e acredita no fator humano como capaz de interferir em condições objetivas dadas.

O materialismo histórico foi introduzido como instrumento de investigação e reflexão na área da saúde nos anos setenta. São muitos os estudos realizados, utilizando a teoria do materialismo histórico e o método dialético, buscando explicar, interpretar e, mesmo, propor soluções transformadoras para a terrível e assustadora realidade do quadro da saúde, na maior parte do mundo capitalista, especialmente nos países subdesenvolvidos (GIOVANNI²³).

Segundo KONDER³², na acepção moderna, dialética é o modo de pensarmos as contradições da realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação. Num sentido amplo, filosófico, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. O autor ressalta que, para se encaminhar uma solução para os problemas, o homem precisa ter uma *visão do conjunto* deles e, a partir daí é que se pode avaliar a dimensão de cada elemento do quadro, da totalidade.

O método dialético é aquele que, no estudo da realidade, exige que todas as coisas sejam levadas em consideração, em seu contínuo desenvolvimento e mudança. Neste método, tudo no mundo se desenvolve e se modifica (CAMACHO⁷).

Discorrendo sobre o processo de obtenção de conhecimento, CAMACHO⁷ menciona que o conhecimento sensorial (teoria) e o racional (prática) constituem duas fases inseparavelmente unidas no processo de aquisição do conhecimento.

Este processo consiste em passar do sensorial para o lógico, tendo como base a prática. O caminho seguido vai, portanto, da contemplação ativa ao raciocínio abstrato e deste à prática. Este é o método dialético de conhecer a verdade e a realidade objetiva. A contemplação ativa não deve ser vista como a criação de hipóteses abstratas e distanciadas do concreto, mas como uma ação prática que procura dar a forma como a realidade se movimenta, desenvolvendo daí os conceitos abstratos que gerarão novas formas de intervenção que é o processo da *práxis*.

CHAUI⁹ dá o significado de *práxis* como sendo um modo de agir, no qual o agente, sua ação e o produto de sua ação são termos intrinsecamente ligados e dependentes uns dos outros, não sendo possível separá-los.

Assim, a *práxis* se nos apresenta como uma atividade material, transformadora e ajustada a objetivos. Porém, não há *práxis* como atividade puramente material, isto é, sem a produção de finalidades e conhecimentos que caracteriza a atividade teórica (VÁZQUEZ⁵⁹).

Para GRAMSCI²⁴ a filosofia da *práxis* é a plena consciência das contradições em que o filósofo, entendido individualmente ou como grupo social, não só compreende as contradições, mas se vê a si mesmo como elemento de contradições e ergue este elemento como o princípio de conhecimento e, portanto, de ação. O autor vê a identificação da teoria e da prática como um ato crítico, com o qual se demonstra que a prática é racional e necessária ou que a teoria é realista e racional.

Quando se fala em *práxis* não se pode pensar apenas na dialética entre a ação espontânea e a reflexiva, mas no processo de transformação do espontâneo em reflexivo e do reiterativo em criativo, através de uma ação educativa.

Em relação à educação, ela não deve ser vista apenas como a transferência de conhecimentos, atitudes e habilidades do educador para o educando, mas como um processo de interdependência de ação, na busca de uma experiência mútua com o concreto. A isto poder-se-ia denominar de educação conscientizadora.

Falando sobre uma filosofia de educação conscientizadora, voltada especialmente para populações oprimidas, FREIRE¹⁷ diz que o processo de conhecer não é o ato através do qual um sujeito, transformado em objeto, recebe dócil e

passivamente os conteúdos que outros lhe dão ou impõem. O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo; requer sua ação transformadora sobre a realidade; reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo e, ao reconhecer-se assim, percebe o "como" de seu conhecer e os condicionamentos a que está submetido seu ato: Afirma ainda que não há absolutização da ignorância nem absolutização do saber e, numa situação educativa, educador e educando devem assumir o papel de sujeitos cognoscentes. Desse modo, o conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica destas relações.

Este processo de educação conscientizadora já é bastante empregado por outros estudiosos, porém, algumas vezes, recebe outras denominações como: educação popular, ação educativa, entre outros.

Referindo-se à educação popular, COSTA¹¹ a vê como uma prática que lida fundamentalmente com o conhecimento: este é a sua *matéria-prima*. Porém, não se refere a um conhecimento genérico, mas sim aos assuntos muito concretos que, em cada momento e lugar - e em cada atividade educativa - interessam às camadas populares e/ou aos agentes. Na medida em que as camadas populares, que têm a prática de luta, elaborem a sua teoria, é que se torna possível um processo de transformação social onde a *teoria e prática* estão intimamente unidas e realizadas pelos próprios sujeitos desse processo. Para GARCIA²⁰ a educação popular deve criar espaços onde teoria e prática se tornem cada vez menos distantes, no esforço do sujeito da transformação social se apropriar de ambos.

A educação popular se insere nas condições de existência das camadas populares de cada lugar e sua prática é sempre orientada por uma proposta de trabalho que, por sua vez, se concretiza no espaço de uma atividade educativa que deve ser decidida e direcionada pelo próprio grupo, para que tenham espaço para valorizar, questionar, esclarecer, redimensionar tudo o que faz parte de sua história, desenvolvendo um conhecimento que alimente o seu poder de resistir e de impor novas regras de vida social. Somente quando direcionam, eles mesmos suas discussões, expressam e discutem coletivamente seus pontos de vista é que as contradições existentes podem aflorar e assim, podem ser criticadas e superadas na teo

ria e na prática (COSTA¹¹).

Para GIANOTTEN & WIT²², na educação popular reflexiona-se sobre dados, fenômenos e processos, analisando-os como uma parte de uma realidade em movimento dentro da qual o homem não é um ser passivo. O saber, por si mesmo, não transforma a realidade: é indispensável que o saber esteja relacionado a uma ação organizada que o reflita e vice-versa. Na educação popular deve-se estruturar e organizar formas de ação que dêem vida às idéias; o saber e a ação formam parte da mesma unidade dialética, a práxis, como processo contínuo de reflexão-ação e ação-reflexão.

Ao nos referirmos ao papel do enfermeiro no contexto hospitalar levantamos como possível alternativa para o redirecionamento de seu papel, a utilização da investigação científica.

Por outro lado, sabemos de toda problemática ligada à questão da pesquisa na área da saúde, especialmente, na enfermagem. Apesar de todos os esforços dispendidos a pesquisa ainda não é um valor para toda a categoria. De modo geral, é uma prática elitizada, feita normalmente, dentro das universidades, sendo implementada por um grupo restrito, ligado essencialmente à docência. E, a grande maioria dos enfermeiros que estão atuando na assistência, pressuposto básico da profissão, está desempenhando suas ações cotidianas, baseando-se em normas e rotinas institucionais e, muitas vezes, empírica e alienadamente.

Além desta diferenciação intra-classe, existe ainda um distanciamento muito grande entre os investigadores e as populações investigadas, gerada pela própria metodologia utilizada que é, predominantemente, a quantitativa. Isto acarreta uma quase inutilidade das pesquisas, no que diz respeito à utilização dos resultados e conclusões obtidos, não respondendo assim, à parcela de compromisso social exigido pela profissão.

A enfermagem vem se desenvolvendo historicamente, acompanhando a evolução das outras ciências da área da saúde e, conforme afirma CAPALBO⁸ não é de se estranhar que tenha buscado os princípios científicos para sua prática profissional, se inspirando no modelo biomédico da ciência experimental. Neste método perde-se de vista a totalidade do homem, sua unidade de vida e sua necessidade de liberdade e participação, responsáveis por suas vivências qualitativas, dentre as quais está a saúde.

Junto a isto, ou talvez como conseqüência, de-
 frontamos com a formação do enfermeiro, por um sistema de e-
 ducação autoritário, onde predomina a aquisição passiva de
 conhecimentos. Por mais que o profissional procure impedir,
 estas características vão aparecer e predominar durante sua
 prática; dificilmente conseguirá extrapolar de sua *torre de*
marfim e atuar como agente e instrumento de mudanças.

Uma metodologia ainda pouco utilizada mas, que
 vem surgindo como uma nova perspectiva nesta área é a pesqui-
 sa participante. Neste método há um compromisso mútuo entre
 pesquisador e pesquisados; a pesquisa é feita *junto* e os pes-
 quisados participam em todo o processo. Neste momento eles
 passam a ser *sujeitos* e não mais *objetos* como na pesquisa con-
 vencional. O pesquisador não é mais o dono do saber e da ver-
 dade e, para que a pesquisa seja efetiva é imprescindível o
 envolvimento pesquisador/pesquisados.

Nos trabalhos convencionais, segundo VALLE⁵⁸, as
 populações e amostras são criteriosamente estudadas e disse-
 cadas para, muitas vezes, ao final, na apresentação dos re-
 sultados não aproveitarem nenhuma informação nem possível o-
 rientação para determinados aspectos em que estão envolvidos.
 Eles são simplesmente esquecidos, como se fossem produtos des-
 cartáveis.

A metodologia de pesquisa participante tem suas
 bases na filosofia da práxis, dentro do referencial epistemo-
 lógico do materialismo histórico dialético, onde procura ver
 o homem em sua totalidade, acreditando em suas potencialida-
 des e em sua capacidade para criar e transformar sua própria
 história. Também não se perde de vista a interação necessá-
 ria entre conhecimento e ação, ou seja, entre teoria e práti-
 ca.

Falando a respeito da utilização do método dia-
 lético nas Ciências Sociais, GIOVANNI²³ considera-o radical
 e justifica esta qualificação, entre outros motivos, pela sua
 instrumentalidade, porque ele tira o cientista de uma preten-
 sa e cômoda neutralidade, colocando-o e responsabilizando-o
 na construção histórica de seu próprio objeto.

Atualmente, vários trabalhos tem sido realiza-
 dos dentro desta linha de pesquisa. Apesar de verificarmos
 enfoques diversos, todos eles seguem os mesmos princípios,
 destacando-se a ação educativa e a participação. Em sua maio-
 ria são direcionados a populações carentes e oprimidas, onde

gêna para uma consciência crítica, no sentido de se conseguir melhores condições de vida.

Isto não significa que a pesquisa participante só possa ser aplicada a este tipo de população, visando um processo de organização da consciência e ação política. Ela também pode ser aplicada a populações ou classes sociais de maior nível sócio-econômico-cultural, pois a alienação não é um privilégio da ignorância mas uma estratégia de poder na estrutura capitalista. Isto torna plenamente lógica a necessidade de um processo de conscientização em outras camadas mais privilegiadas da sociedade.

Discorrendo sobre o processo de conscientização, CAPALBO⁸ diz que é pelo constante exercício reflexivo que se passa da consciência ingênua à crítica, num processo conjunto de reflexão-ação.

Por outro lado, a pesquisa participante se preocupa com a qualidade do fenômeno e não com a quantidade em que ele ocorre. Através da ação-reflexão-ação, está sempre procurando atuar e modificar a situação estudada. Nesse caso, *o processo e o produto da pesquisa são tomados de forma integrada, gerando resultados que são utilizados na transformação da realidade estudada e cujo objetivo é trabalhar em estreita interação com os sujeitos pesquisados, numa relação mútua de aprendizagem em todas as etapas do processo* (BRUSHI NI & BARROSO⁶).

Para LE BOTERF³³ trabalhar com pesquisa participante não é fácil. Exige do pesquisador uma postura muito aberta em relação à pesquisa; uma grande capacidade de se *descentrar* para se *colocar* no lugar do outro. Exige aceitação da ideologia do outro, de sua classe social, numa atitude positiva de escuta e de empatia. Lembrando a teoria rogeriana, o autor diz que trabalhar com pesquisa participante implica: *viver junto* com a coletividade estudada, em partilhar o seu cotidiano, a sua utilização de tempo e de espaço: ouvir, em vez de registrar ou anotar; ver e observar, em vez de filmar; sentir, tocar, em vez de estudar; *viver junto*, em vez de visitar.

Sobre as idéias centrais do método, no artigo do Instituto de Ação Cultural (IDAC)²⁹, afirma-se que, o pesquisador, ao invés de se preocupar com a explicação dos fatos que acontecem, tentará, através da ação e da pesquisa, fazer brotar no grupo uma compreensão do processo de mudança que está experimentando, capacitando assim o grupo a redefi-

nir e aprofundar a visão de sua ação conjunta.

Para OLIVEIRA & OLIVEIRA⁴⁶, a finalidade da pesquisa participante é de favorecer a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pelo grupo que o está vivendo, para que ele possa assumir, de forma cada vez mais lúcida e autônoma, seu papel de protagonista e ator social. Para isto, o investigador deve possibilitar às pessoas, grupos e classes sociais participarem do direito de pensar, produzir e dirigir os usos de seu saber a respeito de si próprios e de sua realidade.

Este processo participativo só vai ser possível através da ação educativa proposta pelos estudiosos em educação popular, onde se procura valorizar a pessoa do outro; priorizar as necessidades do grupo e não do pesquisador/educador; onde o conhecimento é adquirido através da descoberta e da participação e não fornecido como se fosse um pacote pronto e acabado. Neste processo, tanto o pesquisador quanto o grupo envolvido, desvendando sua realidade, interagem e se ensinam mutuamente.

Conforme OLIVEIRA & OLIVEIRA⁴⁶ a finalidade de qualquer ação educativa deve ser a produção de novos conhecimentos que aumentem a consciência e a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos com os quais se trabalha.

Para WESTPHAL⁶⁰ a ação educativa está implícita em toda atividade de participação e tem como finalidade criar condições de aprendizagem, mediante as quais os indivíduos que participam dos mesmos interesses e sentem as mesmas necessidades possam conhecer melhor seus problemas e sua realidade. Neste processo, pretende-se, por meio de uma reflexão crítica, que os indivíduos organizem seu pensamento, substituindo o conhecimento ingênuo e teórico da realidade por um nível mais elevado de ação, procurando transformar a situação.

Falando sobre ação educativa em saúde, MENDONÇA⁴² ressalta que, nesta área, a participação comunitária tem um conteúdo educativo muito rico, desde que se utilize mecanismos que permitam às parcelas da população refletir e questionar suas ações. Dentre estes mecanismos, a autora destaca o diálogo e a relação horizontalizada entre a equipe de saúde e a população. O diálogo entre iguais, pressupõe a crença de que todas as pessoas possuem um potencial para serem protagonistas de sua própria história, estão fortemente motivadas para se organizarem e desenvolverem ações comunitárias; pos-

tência à criança hospitalizada optamos pela utilização, neste trabalho, da pesquisa participante. Esta escolha baseou-se na crença de que esta metodologia, frente à proposta de trabalho, era a que melhor responderia aos anseios de mudança tão necessários, tanto para a pesquisadora quanto para os pesquisados. E, principalmente, na crença de que a atuação efetiva do enfermeiro reverterá em benefício da criança e da família.

Este estudo foi realizado junto ao grupo de enfermeiros da unidade pediátrica de um hospital-escola governamental e procurou atender aos seguintes objetivos:

- conhecer a problemática da assistência de enfermagem à criança hospitalizada, destacando a percepção do enfermeiro;
- verificar transformações ocorridas, individualmente ou no grupo, mediante a utilização da metodologia de pesquisa participante.

A EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA
COM OS ENFERMEIROS DA UNIDADE PE
DIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UFMG

1. Considerações gerais

O interesse em se trabalhar com um grupo de enfermeiros ligados à assistência hospitalar surgiu basicamente do dia-a-dia de nossas relações profissionais. Como auxiliar de enfermagem, depois como enfermeira e docente de enfermagem pediátrica conseguimos adquirir uma experiência considerável nesta área, bem como foi possível conhecer e, muitas vezes enfrentar, problemas e dificuldades que compõem a assistência de enfermagem à criança hospitalizada.

A necessidade de se reestudar a questão da admissão da criança no hospital foi colocada inicialmente, antes mesmo de definirmos a metodologia a ser utilizada. A escolha de tal tema se deu pela crença de que a admissão da criança representa o momento mais importante de sua hospitalização e, por saber da pouca ou nenhuma atuação do enfermeiro neste momento, em quase todas as instituições.

Porém, outros aspectos iam ficando muito claros e decididos. De que adiantaria implementarmos uma pesquisa sobre um tema já tão conhecido pelos profissionais sem que conseguíssemos, conjuntamente, uma mudança na atuação destas pessoas, procurando uma possível melhoria da assistência à criança e família?

À medida que aprofundávamos o estudo da metodologia de pesquisa participante ia se delineando a possibilidade de se tentar trabalhar com este grupo de enfermeiros já, parcialmente, conhecido por nós.

A preferência por este grupo deveu-se à nossa vivência anterior. Trabalhamos nesta unidade pediátrica durante 3 anos e, além da estima e respeito desenvolvido em relação ao grupo, fomos testemunhos das dificuldades enfrentadas por eles, bem como reconhecemos o grande potencial que possuem no sentido de se implementar alguma mudança.

Considerando a nossa pouca experiência e o pequeno número de trabalhos utilizando a metodologia de pesquisa participante na área da saúde, desenvolvemos um treinamento inicial, buscando maior aperfeiçoamento para o encaminhamento da pesquisa proposta.

Nesta linha de pesquisa, merece destaque o trabalho de VALLE⁵⁸ que, usando um modelo de pesquisa de ação participativa abordou aspectos da recreação infantil com enfermeiras pediátricas, sendo este o único trabalho do nosso

conhecimento que procura utilizar a ação participativa na capacitação de profissionais.

O treinamento proposto foi feito com o grupo de enfermeiras da unidade pediátrica de um hospital-escola governamental da cidade de São Paulo. Optamos por um grupo de condições semelhantes ao anterior, sendo proposto às enfermeiras o trabalho sobre o mesmo tema, que era: a problemática da admissão da criança e o papel da enfermeira neste momento.

À medida que cada etapa ia sendo implementada com o grupo-treinamento, estudávamos as dificuldades encontradas e erros cometidos, procurando aperfeiçoamento para aplicá-las com o grupo da pesquisa propriamente dito.

Esta experiência foi de suma importância. Além do amadurecimento proporcionado como pesquisadora, levou-nos a um resultado surpreendente. O trabalho com estas enfermeiras não foi apenas um treinamento; a utilização da pesquisa participante mostrou-nos a possibilidade de se conseguir efeitos admiráveis com o grupo com o qual se trabalha, no sentido do desvendamento de sua realidade e na procura de soluções alternativas para suas ações (MADEIRA³⁷).

No entanto, durante o encaminhamento da primeira etapa da pesquisa, percebemos que, se queríamos um trabalho dentro de uma visão dialética histórica, com análise crítica e compreensão dos fenômenos em sua totalidade, não poderíamos nos deter apenas no estudo da admissão da criança e somente nos preocuparmos com a atuação do enfermeiro. Sentimos que a admissão representa apenas um momento de uma questão muito mais ampla e complexa que é a hospitalização da criança e que aí estão envolvidos vários profissionais e outros elementos da equipe, como: auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e, especialmente, a criança e a família que seriam os maiores interessados no assunto.

Desse modo, decidimos ampliar a abordagem e tentar conhecer melhor as percepções dos elementos da enfermagem que lidam mais diretamente com a criança.

2. Metodologia

2.1- Local

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que é

um hospital-escola governamental, sem fins lucrativos, localizado na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

2.2- Componentes do grupo

A proposta colocada foi de se trabalhar com todos os enfermeiros lotados na unidade pediátrica do hospital.

No entanto, uma série de intercorrências ligadas à instituição levaram a um grande rodízio de pessoal de enfermagem durante a realização da pesquisa.

Esta variação na escala dos enfermeiros e de auxiliares de enfermagem trouxe alguns transtornos, como por exemplo, o adiamento da etapa de devolução dos dados, mas também, foi importante porque serviu como tema dinamizador de discussões do grupo.

Na 1ª etapa do trabalho tinham escaladas 9 enfermeiras, porém com 2 licenciadas.

Na 2ª etapa 1 foi transferida, outra se encontrava de férias e houve 1 admissão. Assim, a unidade contava com 8 elementos.

Para se iniciar os trabalhos de devolução dos dados, na 4ª etapa, foi necessário esperar estabilizar a crise por que estava passando o hospital, em relação às transferências e admissões de pessoal de enfermagem.

Ao começarmos o processo de discussão em grupo, das enfermeiras existentes na 1ª etapa, 1 havia se demitido e 3 foram transferidas de setor. No entanto, dentro das possibilidades, o hospital foi repondo este pessoal, sendo admitidos 5 enfermeiros para a pediatria neste ínterim. Assim, na etapa de devolução dos dados o grupo estava constituído por 10 enfermeiros, estando 2 em licença gestacional.

Estes 10 enfermeiros são responsáveis pela assistência de enfermagem prestada às crianças durante as 24 horas na unidade, que, por sua vez, possui 52 leitos distribuídos em alas: ala A (22 leitos) e ala B (30 leitos).

2.3- Etapas da pesquisa

Do ponto de vista de LE BOTERF³³ não existe um modelo único de pesquisa participante, pois trata-se, na verdade de adaptar em cada caso o processo às condições particulares de cada situação concreta. Esta adaptação dependeria

dos recursos disponíveis, dos objetivos perseguidos, das limitações encontradas, do contexto sócio-político, entre outras.

Neste trabalho seguimos o modelo recomendado no artigo do Instituto de Ação Cultural (IDAC)²⁹, por acharmos que era o mais pertinente, considerando nossa população e os objetivos propostos e, também, por já ter sido utilizado com êxito por VALLE⁵⁸, com um grupo de trabalho semelhante ao nosso.

A pesquisa participante, segundo autores do Instituto de Ação Cultural (IDAC)²⁹ é constituída por 4 etapas consideradas fundamentais que são:

- inserção do pesquisador no grupo;
- coleta de informações;
- organização sistemática das informações; e
- devolução do material ao grupo.

1.ª etapa - inserção no grupo

É o momento em que o pesquisador se aproxima do grupo social escolhido para se tornar conhecido e obter consenso sobre o trabalho. Através de investigações prévias, que podem incluir conversas informais, observações da vida diária do grupo até consultas à documentação oficial, o pesquisador delinea um perfil provisório da situação enfocada. Ele vê o grupo segundo sua percepção pessoal e faz o levantamento das primeiras hipóteses, que poderão ser confirmadas, complementadas ou mesmo desprezadas nas fases seguintes, quando serão colhidos mais dados significativos.

Nesta etapa fizemos contato com as chefias de enfermagem do hospital, explicando-lhes nossa proposta de trabalho, fizemos alguns esclarecimentos sobre a metodologia e pedimos autorização para o trabalho.

A seguir, procuramos todos os enfermeiros em serviço da unidade pediátrica, iniciando pela coordenadora. Contamos-lhes do interesse em trabalhar com eles, como se processaria a pesquisa e, informalmente, perguntamos a cada um: *O que você acha do trabalho proposto?*

Foi bastante destacada a necessidade de que o tema fosse do interesse do grupo para que pudéssemos chegar à etapa final da pesquisa, e que a pesquisa so se realizaria se houvesse um envolvimento por parte deles.

Procuramos a maioria dos auxiliares de enfermagem presentes na unidade naqueles dias e esclarecemos o motivo de nossa presença; nos apresentamos àqueles que ainda não nos conheciam e fizemos alguns esclarecimentos sobre o trabalho. Deixamos claro, inclusive, que, às vezes, poderiam ver-nos fazendo observações e anotações, mas que isto fazia parte do trabalho, nesta etapa.

Frente ao assentimento do grupo passamos 5 dias na unidade, nos horários da manhã, tarde e parte do noturno.

Nestes dias de convívio com a equipe foram feitas observações assistemáticas do processo de admissão da criança, considerando a comunicação verbal e não-verbal da criança, pais e pessoal de enfermagem. Após as observações foi feita uma entrevista não estruturada com pergunta aberta às pessoas da enfermagem (enfermeira e auxiliar de enfermagem) envolvidos nas respectivas admissões observadas. Utilizamos a pergunta: *O que você acha da admissão da criança?* (a nexa 1).

Durante o período permanecido na unidade procuramos proporcionar um clima de liberdade, espontaneidade e aceitação das colocações do grupo. Na verdade, colocamo-nos, basicamente, no papel de ouvintes. Com isto, durante as conversas surgiram colocações sobre aspectos importantes e valiosos que, apesar de não estarem diretamente relacionados aos objetivos desta etapa, refletiam dificuldades, problemas e pontos de vista existentes no grupo.

A internação conjunta estava sendo implantada na unidade naquela época. Estava sendo estudada e planejada por uma equipe multiprofissional. Porém, da enfermagem, só fazia parte a enfermeira coordenadora e esta comunicava aos demais elementos da enfermagem as decisões tomadas. Surgiram, assim, nas conversas, várias opiniões a respeito do alojamento conjunto e estas mereceram a nossa consideração, por ser considerado um aspecto intimamente relacionado ao tema proposto nesta fase (admissão da criança). Estas opiniões ofereceram ainda uma visão sobre a percepção do grupo quanto a uma mudança que, apesar de ser considerada positiva, nem todos participavam dela; estava sendo feita de cima para baixo.

Fomos convidadas para participar de uma das reuniões da equipe multiprofissional, para opinarmos sobre medidas que estavam sendo tomadas para a implantação do alojamento conjunto.

Ao final das atividades programadas fizemos uma

reunião com o grupo de enfermeiros com o objetivo de reafirmar a aceitação da pesquisa, feita individualmente. Para isto tentamos, através de discussão em grupo, esclarecer dúvidas sobre a proposta de trabalho, expor o cronograma previsto, conhecer expectativas do grupo e avaliar a percepção que tiveram sobre nossa presença na unidade.

Nesta reunião, aparentemente, confirmamos o interesse sobre o assunto e o compromisso para fazermos o trabalho juntos (pesquisadora e pesquisados) e, percebemos uma boa aceitação nossa pelo grupo, condições estas indispensáveis para se encaminhar uma pesquisa participante.

Para fazermos um perfil provisório da situação a ser estudada foram consideradas as observações de admissões feitas, as conversas informais com elementos da enfermagem, bem como nosso conhecimento prévio sobre a questão. Desta forma, verificamos que, nesta unidade, o processo de admissão da criança era incompleto e deficiente; o relacionamento enfermagem-criança-família era mínimo neste momento e não percebíamos uma atuação efetiva do enfermeiro. Para ele a admissão representava mais um procedimento administrativo que de enfermagem, sendo suas ações pouco fundamentadas cientificamente e muito orientadas pela rotina existente na clínica. Os enfermeiros verbalizavam a importância do procedimento em diferentes aspectos, mas se encontravam distanciados da criança e da família e, na unidade, não sentimos uma atuação comum e congruente aos princípios e valores mencionados por eles.

Porém, percebemos, através das verbalizações, a necessidade do grupo em se tentar mudanças no sentido de melhorar a assistência à criança hospitalizada, especialmente, em sua admissão.

2ª etapa - Coleta de informações

O objetivo fundamental nesta fase é conhecer o que pensa o grupo, ou seja, descobrir o grau de percepção e consciência das pessoas sobre o problema; entender como vê sua própria situação e o que enfrenta em sua luta diária.

A coleta dos dados permite ao pesquisador a aquisição de uma visão mais ampla do grupo, de sua organização interna e de suas relações com a totalidade da sociedade.

Quanto ao instrumento para coleta dos dados, os autores recomendam a utilização da técnica de entrevista a-

berta, entendida como diálogo livre no qual as pessoas discutem o que lhes interessa, permitindo, assim, o surgimento de informações novas e inesperadas. Esta técnica, através da não-diretividade, com a criação de um clima de aceitação e não-julgamento do entrevistado, propicia-lhe maior oportunidade para suas colocações, além de assegurar-lhe o direito de ser *sujeito* da pesquisa. Segundo GIANOTTEN & WIT²², os métodos e técnicas convencionais tomam o grupo investigado como objeto e não como sujeito principal da pesquisa, como ocorre na pesquisa participante.

A entrevista deve ser entendida como um diálogo livre, onde se levantam aspectos relevantes ao estudo mas, naturalmente, deve possuir uma estrutura básica, resultante de hipóteses já formuladas e que indiquem linhas gerais a serem seguidas. Devem também estar relacionadas com aspectos da realidade do grupo que o investigador pretende descobrir e conhecer melhor.

Na pesquisa em questão, após decisão de se ampliar o tema e o grupo de trabalho, elaboramos um roteiro de entrevista (anexo 2), que permitisse conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a hospitalização da criança e que, também, favorecesse uma visão mais ampla do grupo, de sua organização interna e de suas relações com a totalidade contextual em que estão inseridos.

Para esta entrevista comparecemos à unidade durante 10 dias consecutivos para fazer contatos, prestar alguns esclarecimentos, marcar as entrevistas e realizá-las.

Foram entrevistadas 8 enfermeiras e 18 auxiliares de enfermagem de todos os turnos.

As entrevistas foram feitas individualmente, valorizando-se os princípios de comunicação não-diretiva, procurando-se explorar todas as informações consideradas significativas para o estudo.

Utilizamos também o sistema de gravação das entrevistas, após justificativa ao entrevistado e permissão do mesmo. Este recurso favoreceu a aquisição das verbalizações na sua íntegra e nos deu maior oportunidade de estarmos atentos para pontos de interesse e, principalmente, à comunicação não-verbal, tão importante nesta metodologia. Percebemos, inicialmente, por parte de algumas pessoas, certa timidez ou receio em falar; no entanto, à medida que percebiam o clima de aceitação, de não-julgamento, de interesse pelo que colo-

cavam, se tornavam espontâneas, fazendo até colocações pessoais, esquecendo-se do gravador.

O tempo gasto nas entrevistas variou muito. Tivemos entrevistas que duraram 45 minutos e outras que duraram 15 minutos. No entanto, na maioria, gastamos em média, 30 minutos.

No espaço de tempo transcorrido entre a primeira etapa e a segunda (4 meses), foram realizadas visitas periódicas à unidade para contar ao grupo o que estava sendo efetuado - análise dos dados colhidos na fase de inserção no grupo - e para manutenção do compromisso assumido anteriormente, entre pesquisadores e pesquisados. Isto foi importante para manter o grupo informado sobre o trabalho, o que favoreceu a coleta de dados.

3ª etapa - Organização dos dados

Segundo autores do Instituto de Ação Cultural (IDAC)²⁹, a organização dos dados não significa a composição de um retrato definitivo do grupo, nem deve ser vista como um produto final do trabalho realizado. Na pesquisa participante as informações devem se constituir num material de trabalho, através do qual se consiga preencher o espaço entre a realidade e sua percepção pelo grupo.

Os dados devem ser sistematizados para que possam ser oferecidos à reflexão do grupo na próxima etapa da pesquisa.

Inicialmente fizemos a transcrição das entrevistas na íntegra. Procuramos depois, destacar dentro das entrevistas, todas as idéias que fossem significativas para o estudo, ou seja, todas aquelas que, direta ou indiretamente, se relacionavam com o tema ou se constituiriam em instrumentos potenciais para a discussão da fase seguinte. A seguir fizemos um agrupamento por pergunta e categorizamos os dados, de forma a favorecer a compreensão do grupo.

Considerando as características do grupo entrevistado, como por exemplo o nível intelectual dos enfermeiros, resolvemos destacar os dados significativos, porém mantendo as formas de expressão de cada um (anexo 3).

Durante a organização dos dados percebemos várias contradições entre o que as pessoas diziam e o que faziam, na realidade. Dado a importância de isto ser do conhecimento do grupo, dentro do processo de pesquisa participativa,

te, incluímos nas informações a serem apresentadas, as observações de admissões feitas na primeira etapa do trabalho (anexo 1).

4.^a etapa - Devolução do material ao grupo

Esta fase se caracteriza pela tentativa de se fazer alguma coisa além da mera constatação dos fatos. Aqui percebemos a nítida diferença entre a pesquisa convencional e a participante. A pesquisa participante vai além; não se detém no reconhecimento do que existe: o grupo deve participar dos dados encontrados para, através de uma conscientização, tentar a superação dos problemas.

Neste momento se concretiza o ponto fundamental da pesquisa que consiste em captar as possibilidades naturais de mudanças no interior de cada situação e ativar este potencial na direção desta mudança. Através de um processo contínuo de ação-reflexão o grupo analisa sua prática e procura definir suas ações.

No trabalho do Instituto de Ação Cultural (IDAC)²⁹, os autores se referem ao grupo, nesta etapa, como sendo o sujeito e o objeto do processo. É sujeito enquanto discute e analisa a situação e, se torna o objeto da pesquisa enquanto é a própria realidade exposta para discussão.

Neste mesmo trabalho os autores mencionam que esta etapa da pesquisa deve ocorrer num processo de efetiva integração pesquisador/pesquisados. O papel do pesquisador não termina com a organização e entrega do material ao grupo para discussão. Sua tarefa é tentar colocar em movimento um *processo permanente de ação e reflexão* que dará ao grupo uma clara e gradativa compreensão de sua situação, desenvolvendo seu poder de organização e intervenção crítica em suas próprias vidas.

Para GAJARDO¹⁹ os objetivos da entrega e discussão dos dados colhidos são:

- promover nos envolvidos um conhecimento mais objetivo de sua situação;
- identificar, com os pesquisados, os problemas que consideram prioritários e que querem estudar para solucioná-los;
- conhecer a reação da população diante dos resultados, a fim de orientar o encaminhamento da pesquisa.

Segundo o mesmo autor, as atividades nesta eta-

e compreensível, mas também a utilização de *dinâmica de grupo* para que se possa discutir os resultados, comparar pontos de vista, selecionar e discutir problemas, entre outros.

Considera-se como êxito do processo quando o pesquisador verifica que ajudou o grupo a entender sua própria realidade e possibilitou sua auto-determinação e quando estimulou uma ação criativa e consciente no sentido de mudança social (Instituto de Ação Cultural - IDAC²⁹).

Neste momento o pesquisador se afasta e o controle da situação passa a ser exercido pelo próprio grupo.

Durante o período transcorrido após coleta dos dados, de Abril de 1983 a Abril de 1984, procuramos manter contatos periódicos com o grupo, informando-lhes do andamento do trabalho.

Nesse ínterim, após discussão com orientadores, verificamos a inviabilidade de começarmos os trabalhos de devolução dos dados aos dois grupos entrevistados, que eram os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros. Foi considerada a demanda de trabalho frente às nossas limitações. Optamos por começarmos apenas com o grupo de enfermeiros e daí, havendo necessidade e interesse, este próprio grupo se incumbiria de encaminhar o trabalho com os auxiliares de enfermagem.

Neste sentido, fizemos contato com todos, falamos sobre nossa disponibilidade de iniciar o trabalho e explicamos os motivos da restrição ao grupo de enfermeiros.

Por esta ocasião o hospital estava passando por uma séria crise, com pedidos de transferência e demissão de pessoal. A unidade pediátrica se encontrava com uma considerável deficiência tanto de enfermeiros quanto de auxiliares de enfermagem, o que estava gerando sobrecarga de trabalho associado a um alto nível de insatisfação e desânimo do grupo.

Achamos melhor aguardar a estabilização do quadro de pessoal, uma vez que estavam previstas contratações de enfermeiros para completar o quadro.

Posteriormente, procuramos conhecer os enfermeiros recém-contratados, esclarecemos sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido e o que se esperava que acontecesse dali para frente.

Os dados colhidos anteriormente, organizados em forma de apostila, foram distribuídos para todos com a reco-

mendação de que fosse lida com antecedência.

Marcamos enfim, a primeira reunião, quando, através da técnica de discussão em grupo, seria detectada a reação dos participantes ao material e se tentaria rediscutir o interesse em continuarmos o trabalho.

Conseqüentes a esta primeira reunião tivemos mais 11, só com o grupo de enfermeiros, no período transcorrido de Abril a Setembro de 1984.

Dentro deste período o hospital passou por outra série de crises: financeira, política, social; com greve de professores universitários, de médicos residentes e de funcionários públicos; houve ameaça e, a seguir, desativação do hospital, com grande risco de fechamento definitivo. Tudo isto, conseqüentemente, repercutiu no grupo e, como é óbvio, no trabalho que vínhamos desenvolvendo. Porém, assim que houve aparente normalização da situação houve interesse em reiniciarmos os trabalhos.

Considerando a importância desta etapa dentro do processo de pesquisa participante, passaremos a apresentar e analisar os resultados do trabalho com este grupo, salientando as transformações ocorridas tanto a nível de seu discurso quanto de suas ações, no desenrolar do processo educativo-participativo.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO
TRABALHO COM O GRUPO

Nesta parte do trabalho pretendemos implementar uma análise crítica do processo evolutivo ocorrido com o grupo de enfermeiros em relação à prática, ao longo da pesquisa participante. Com esta análise tivemos a intenção de obter maior conhecimento do grupo, para melhor compreendermos suas formas de atuação como enfermeiros, acompanhando a tendência atual de alguns profissionais da saúde que procuram mais compreender que explicar os fenômenos.

Considerando que a pesquisa participante se processa através da interação entre pesquisador e pesquisados e que esta interação acontece desde a 1ª etapa da pesquisa, sentimos a importância de analisarmos fatos ocorridos desde a fase de inserção no grupo até a etapa final do trabalho com os enfermeiros.

1. Dados obtidos nas fases de inserção e coleta de informações

Nos primeiros contatos com o grupo, quando procurávamos conhecer melhor a problemática da admissão da criança naquela unidade e depois, ao coletarmos as primeiras informações, detectamos algumas ocorrências que sugeriam serem conseqüentes à utilização da metodologia de pesquisa participante.

Para GROSSI²⁵, esta metodologia é um processo permanente de observação, análise e ação, no qual os participantes movem-se em direção a graus mais altos de exatidão em suas análises e, portanto, em sua consciência social.

Ao fazermos o primeiro contato com o grupo, uma das enfermeiras, ao ser questionada sobre o que achava do trabalho proposto, respondeu:

"Se fosse para eu escolher um tema não escolheria admissão da criança; acho que limita muito e depois, a gente não tem muita coisa por fazer não".

"... Na pediatria tem muita coisa que precisa ser melhorada, como por exemplo: a questão da infecção cruzada, falta material..."

No entanto, meses depois, ao final da entrevista para coleta de dados, ao ser-lhe aberto espaço para colocar o que mais julgasse necessário, verbalizou:

"Gostaria de falar algo que não disse na outra entrevista. Creio que se deve dar maior relevância para a ad

missão da criança... Ela não é valorizada. É o momento de maior choque, e a primeira impressão é a que fica. Na maioria das vezes, não é dada nenhuma orientação nem apoio; não se ouve a criança".

"... Percebo uma grande sensibilidade no paciente. A enfermagem que o recebe deve cativar sua confiança; fazê-lo sentir-se à vontade e seguro em sua internação".

"...Creio que a maior assistência deve ser dada à própria criança, mas tem a mãe e o pai que estão ansiosos..."

Evidencia-se assim, a mudança na percepção desta enfermeira, no que se refere à admissão da criança. Acreditamos que sua primeira fala decorreu de uma visão individual, espontânea sobre a questão. O fato de ter sido questionada; a forma como foi abordada, dando-lhe espaço para dizer o que realmente pensava e a discussão do tema em grupo para reafirmar o compromisso do trabalho, levou-lhe a refletir e a reformular seus conceitos. Esta reflexão promoveu uma mudança em sua percepção e uma visão mais ampliada sobre a admissão da criança.

Na primeira etapa verificamos também, muitas contradições existentes entre o que os enfermeiros diziam e que consideravam importante e aquilo que, realmente, estavam fazendo.

GRAMSCI²⁴ ressalta a importância da consciência das contradições na filosofia da práxis, onde não se busca a compreensão destas, mas o indivíduo deve ver-se a si mesmo como elemento destas contradições.

Segundo CAMACHO⁷, é na luta dos contrários que se encontra a força motriz do desequilíbrio e, esta força e este desequilíbrio, na busca de equilíbrio é que determina a essência da dialética.

Através de observações da atuação do enfermeiro na unidade e pelas conversas informais com o mesmo, percebemos que, ao fazer a admissão de uma criança (anexo I), a enfermeira A não entrevistou a mãe nem elaborou o plano de cuidados da criança, sendo estas atividades referidas em sua fala, como muito importantes. Ao ser perguntada sobre "O que acha da admissão da criança?" entre outras coisas, respondeu:

"Acho que precisa conversar mais com a mãe, obter mais informações sobre a criança".

"... Os planos de cuidados de enfermagem são vergonhosos, baseados apenas em prescrições médicas. Precisam melhorar cientificamente".

Esta enfermeira menciona a importância de se colher informações sobre a criança que está sendo internada mas, em nenhum momento procurou obter dos pais ou da própria criança algum dado que lhe facilitasse prescrever os cuidados de enfermagem pertinentes.

Na outra situação observada (anexo 1), a enfermeira B diz:

"...gosto de conhecer a criança para estabelecer minha conduta".

Porém, durante todo o período observado esteve preocupada com aspectos da assistência física e, em nenhum momento, tentou dialogar com a criança ou com a acompanhante visando o maior conhecimento de sua pequena cliente.

Como se vê, a teoria adquirida nos anos de formação, evidenciada nas verbalizações destes profissionais, não sõ está distanciada de suas ações, como muitas vezes, se apresenta de forma contraditória.

As informações colhidas nas entrevistas individuais, por ocasião da 2ª etapa do trabalho, nos possibilitou aprofundar mais o conhecimento do grupo com o qual iremos trabalhar posteriormente.

Alguns dados pessoais foram levantados nas entrevistas, o que nos levou a constatar a heterogeneidade do grupo de enfermeiros, quanto a:

- idade, tempo de formado e tempo de trabalho em pediatria. Encontramos enfermeiros recém-formados, com apenas alguns meses de experiência na unidade e outros, com mais de 20 anos de formado e com o mesmo tempo de trabalho em pediatria. No entanto, predominam enfermeiros mais jovens, tendo, em média, 4 anos de formado.

- participação em cursos de atualização e congressos. A maioria deles relata não ter feito nenhum curso nos últimos 2 anos. Justificam pela pequena oferta de cursos e pela falta de disponibilidade para participarem, apesar de reconhecerem a importância e necessidade dos mesmos.

A pergunta sobre: *Como você se percebe na equipe em que trabalha?*, foi feita no intuito de obtermos parâmetros para verificação de mudanças ocorridas durante o proces

so participativo.

A maioria dos enfermeiros fizeram colocações que deixavam transparecer a existência de sérios problemas de relacionamento, principalmente entre si, como pode ser visto:

"Eu me percebo muito serviçal... até hoje não consegui mudar nada do que pensei e coloquei prás colegas, nada eu consegui levar adiante."

"As dificuldades que sinto são relacionadas às colegas. ... às vezes surge ciúme, desconfiança..."

"...O relacionamento tanto comigo como com o pessoal auxiliar entre si está ótimo... com exceção das enfermeiras, porque o que a gente nota é um certo despeito... não está havendo boa aceitação por parte delas."

"Problemas de relacionamento sempre surgem, não são com o pessoal de enfermagem..."

Verificamos ainda que, para alguns elementos, houve dificuldade para responder a esta pergunta.

"Ah, é muito difícil... não consegui me perceber muito bem... tem muito pouco tempo que eu estou aqui".

"Fica difícil a gente ver a gente. Esta é uma pergunta muito difícil de ser respondida... a gente perceber a gente é a coisa mais difícil que tem!"

Nesta fase sentimos que os enfermeiros desta unidade, apesar de *a priori* estarem perseguindo o mesmo objetivo (assistência de enfermagem à criança hospitalizada), encontravam-se, aparentemente, desintegrados, enquanto grupo.

Esta desintegração grupal pode ser vista na medida que manifestavam desconfiança, descrença, entre outros sentimentos negativos pelos próprios colegas e mesmo, pela dificuldade de se perceberem como membros de uma equipe de trabalho.

Conseqüentemente, foi possível supor que estes profissionais estavam tendo grandes dificuldades na execução de suas atividades, uma vez que a assistência de enfermagem só se efetiva quando é empreendida em equipe.

Quanto às informações colhidas e organizadas para serem devolvidas ao grupo (anexo 3), achamos necessário ressaltar alguns pontos considerados significativos nesta análise.

À primeira pergunta: *O que você pensa sobre a hospitalização da criança?*, os enfermeiros qualificam e explicam a questão, chegando, muitos deles, a serem contra tal ocorrência. Como exemplo, temos:

"A hospitalização eu acho uma coisa violenta, uma agressão que se faz à criança, pela separação mãe-filho".

"A hospitalização deve ser evitada no máximo, porque é um trauma para a criança; prejudica a parte emocional; cada criança reage de uma forma".

Novamente nos deparamos com respostas teóricas, com utilização de terminologia técnica. Mas, na prática, o que estes profissionais estão fazendo para modificar tal situação?

Obviamente, a solução dos problemas ligados à assistência à criança hospitalizada não estaria apenas com o enfermeiro. Mas, será que este está cumprindo com sua parcela de responsabilidade?

Outro ponto a destacar refere-se à percepção que os enfermeiros possuem da mãe e da criança hospitalizada. Esta percepção se revela de forma bastante diversificada. Detectamos opiniões muito diferentes e, houve inclusive, um elemento que não conseguiu emitir sua opinião. Entre outras falas, destacamos:

- percepção da criança

"Como percebo a criança? Tá tão difícil falar!"

"A criança que está com a mãe dá mais trabalho; ela quer chamar atenção".

"A criança que não está com a mãe é mais dócil, aceita tudo que a enfermeira vai fazer; é mais maleável".

- percepção da mãe

"As mães, às vezes, têm um comportamento favorável, outras vezes, apresentam um comportamento negativo, uma atitude de superproteção e prejudica a recuperação da criança".

"Elas ficam reclamando pela mínima coisa; parece que querem repor o que faltou pra criança quando estava sã".

"A maioria das mães não se preocupa muito com o fato de estarem internando a criança".

"Na maioria, as mães ficam muito ansiosas, depen

dendo da doença do filho".

Relacionado a isto ocorreram, também, os comentários feitos sobre o alojamento conjunto, recém-implantado na unidade:

"A gente está vendo que a internação conjunta é ótima para a criança... Prã gente não foi tão bom porque a mãe exige um pouquinho mais".

"Como positivo no alojamento conjunto vejo a continuidade mãe-filho. É bom prã criança ver a mãe ali; é bom prã mãe ver o que a gente faz, como cuida de seu filho. É bom até para ela aprender a cuidar da criança".

A forma dos enfermeiros perceberem a mãe e a criança hospitalizada se revela, essencialmente, pelo comportamento de ambos na instituição. No entanto, nos parece que consideram esse comportamento, sem, muitas vezes, se alertarem e refletirem sobre os motivos de sua ocorrência, sobre o que está levando a criança e a mãe a reagirem dessa maneira e não de outra.

Sobre o alojamento conjunto, prática amplamente recomendada por profissionais especializados em pediatria, eles levantam muitos dos aspectos positivos, porém ainda se detendo nos negativos, gerados pelo aumento da exigência materna, aumento do trabalho, dentre outros motivos.

Neste sentido, a impressão que se tem, é que a percepção dos enfermeiros se baseia nos efeitos imediatos dos acontecimentos. Não se identifica uma tentativa de análise mais profunda sobre as reações da mãe e da criança frente à assistência recebida ou em relação ao contexto em que está sendo oferecida essa assistência.

Fato semelhante foi verificado por ROCHA et alii⁵¹, ao analisarem o discurso de enfermeiros em publicações pertinentes à área materno-infantil. Identificaram uma postura profissional acrítica frente a seu objeto de trabalho que é a assistência de enfermagem e, também, em relação à questões mais amplas como a saúde e educação.

Nas colocações referentes à atuação da equipe hospitalar, a maior parte das avaliações feitas são positivas condicionais e negativas. Entre outras, destacamos:

"Acho a atuação da equipe muito boa, mas... sempre se pode melhorar, né?"

"Acho a admissão da criança muito rápida, técnica

ca e mecânica demais".

"Acho que eles lidam muito friamente com a criança".

Como se pode ver, na maioria das respostas (anexo 3), os enfermeiros se referem à equipe hospitalar como se estivessem de fora dela; como se não a integrassem. Isso mostra uma relação passiva entre sujeito e objeto, onde a equipe hospitalar em questão representaria um mero objeto de avaliação para o enfermeiro, com conseqüente quebra da relação interativa necessária no trabalho em equipe.

Pelas respostas se evidencia ainda a insatisfação existente em relação às suas atividades diárias, que giram em torno da assistência à criança hospitalizada.

Junto a isto, provavelmente, se associe o fato de que, geralmente, o enfermeiro desempenha suas atividades na unidade baseando-se em padrões tradicionalmente fixados na clínica e que, como é comum se ouvir dizer: *sempre funcionaram*.

Tudo indica que, apesar de possuírem um curso superior, boa parte de suas ações ocorrem de forma não-reflexiva, dentro de parâmetros do senso comum, num *praticismo esvaziado de teoria ou com um mínimo dela* (VÁZQUEZ⁵⁹).

Por outro lado, como anteriormente citamos, encontramos partes do discurso destes enfermeiros com falas, exclusivamente, teóricas, científicas. Desse modo, supomos que, na verdade, não está havendo integração entre teoria e prática; elas coexistem, mas completamente desvinculada uma da outra.

Apesar disso, pelas informações colhidas, observamos no grupo, uma grande disposição em se implementar algum trabalho, no sentido de melhorar a assistência prestada.

Pelas respostas à pergunta: *O que você pensa que se poderia fazer em relação à hospitalização da criança?* (anexo 3), eles sentem que muita coisa precisa ser melhorada, apesar de verem a questão sob ângulos diversos e, muitas vezes, de forma vaga e parcializada.

Considerando o interesse detectado no grupo implementamos as reuniões, utilizando como recurso, a técnica de discussões em grupo.

2. Resultados do processo de discussão em grupo

Este processo, algumas vezes identificado como grupo operativo (FALSETTI¹⁴), ocorreu num tempo médio de 75 minutos cada reunião e com a participação de 6 enfermeiros, em média.

Os encontros aconteciam sempre no intervalo entre o final do turno matutino e início do vespertino, conforme sugestão dos próprios enfermeiros. Sentimos muito a ausência dos enfermeiros dos plantões noturnos, o que foi compreensível, frente às dificuldades de deslocamento para reuniões fora de seu horário de trabalho.

No período transcorrido entre Abril a Setembro de 1984 foram realizadas 12 reuniões com os enfermeiros.

A devolução das informações ao grupo efetivou a interação pesquisador/pesquisados e, o que é mais importante, levou o grupo a tornar-se o sujeito do trabalho, ou seja, levou os enfermeiros a refletirem sobre a realidade da assistência à criança e a decidirem sobre formas de mudança.

Na medida em que progrediam na vivência do processo da práxis, através das discussões em grupo, percebíamos transformações ocorridas nos enfermeiros, tanto a nível do seu discurso quanto em suas ações, como se evidenciará através da apresentação do desenvolvimento progressivo do trabalho com os mesmos.

Por ocasião da 1.^a reunião, o grupo se encontrava muito tenso, ocorrendo, durante as discussões, muitas falas simultâneas. Um dos elementos colocou, agressivamente:

"Está fazendo falta reuniões conosco!"

O próprio grupo, ao final, descobriu que a reunião serviu mais para que as pessoas se desfizessem de suas tensões e ansiedades. Alguém observou:

"Esta reunião foi mais de desabafo. Foi proveitosa de um modo geral, mas para o trabalho, não! Nós acabamos misturando".

No entanto, frente à característica da pesquisa participante que é considerar as prioridades do grupo, consideramos a discussão muito proveitosa.

Em relação ao material fornecido, a idéia geral emitida foi que *"estão sendo destacados os problemas emocionais, psicológicos da criança hospitalizada"*.

Porém, ao final desta reunião, vários problemas tinham sido levantados e sugeridos como necessários para a continuação do trabalho, tais como:

- trabalhar com os dados organizados e devolvidos ao grupo para eles: aspectos psicológicos da hospitalização da criança;
- iniciar pela admissão; depois focar outro;
- tentar resolver problemas do grupo: melhorar a hospitalização, o atendimento à criança etc.;
- começar por problemas mais urgentes: técnicas de enfermagem, condições ambientais, materiais, risco de infecção cruzada;
- discutir problemas por partes: administrativos (admissão, alta, prescrição médica) e problemas sobre a hospitalização da criança;
- fazer planos de cuidados, avaliá-los e atualizá-los;
- fazer mais reuniões para solução dos problemas;
- posicionarem-se frente aos médicos residentes, mostrando mais conhecimento através da atuação, para serem respeitados como profissionais; e,
- manter um caderno para facilitar a comunicação entre o grupo.

Reportando-nos ao material organizado (anexo 3), contendo as informações fornecidas nas entrevistas, verificamos que muitos aspectos da assistência de enfermagem à criança hospitalizada foram mencionados, como se confirmou nesta reunião. Os enfermeiros sentiam os problemas da clínica, só que cada um direcionando sua atenção para aspectos dispersos desta realidade.

Inicia-se assim uma atividade essencial da prática que é levar as pessoas a verem os problemas comuns de forma coletiva e a juntarem esforços no sentido de solucioná-los.

Durante esta 1ª reunião surgiram algumas dúvidas sobre a metodologia, quanto à necessidade de se definir um tema e, até mesmo, desconfiança quanto ao papel da pesquisadora. Foi perguntado:

- "Sua participação no hospital é livre e espontânea ou seu trabalho é pela Escola?"

- "Sua função é uma função subversiva! (risos) você vai ajudar a levantar os problemas e nós é que vamos descobrir o que fazer".

Outra disse:

- "Nós não vamos acompanhar o que ela quer não. Ela é que vai acompanhar o que a gente quer".

Estas constatações foram valiosas no sentido de confirmarem para o grupo como se processaria o trabalho que pretendíamos desenvolver dali para frente. Ficou claro que todas as decisões seriam tomadas por eles e que, qualquer mudança só se processaria com o interesse e envolvimento de todos.

Desse modo, começa-se a vislumbrar no grupo, conforme afirma VÁZQUEZ⁵⁹, o surgimento da consciência revolucionária, reflexiva, onde as pessoas buscam a transformação consciente de sua realidade.

É o início do reconhecimento de suas limitações enquanto grupo e da percepção de que seriam capazes de superá-las, bastando para isto que seu potencial seja catalisado para a direção correta.

O material devolvido, contendo informações que eles próprios haviam fornecido, ajudou a ressaltar a realidade conflitiva vivida por estes profissionais na unidade e reforçou a necessidade de se implementar ações no sentido de mudança.

Pelo exposto, vários pontos foram levantados mas, de forma ainda diversificada e dispersa. Os enfermeiros demonstraram reconhecer deficiências assistenciais, só que cada um focalizando ângulos diferentes da questão.

Não verificamos diferença quanto à participação na discussão, entre aqueles que haviam sido entrevistados na fase de coleta dos dados e aqueles que não foram entrevistados. Também, em nenhum momento, percebemos indisposição por parte do grupo para continuarem as atividades.

Na 2ª reunião deveríamos decidir quanto ao tema prioritário mas, nesta ocasião, o grupo foi encontrado em polvorosa. A situação de pessoal se agravara; mais uma enfermeira seria transferida sem a devida comunicação e substituição. Isto associado a uma situação semelhante em relação ao quadro de auxiliares de enfermagem.

A relação entre os enfermeiros da pediatria e

chefias de enfermagem do hospital estavam abaladas e o nível de insatisfação e revolta, tanto de enfermeiros quanto de auxiliares de enfermagem, era evidente.

Ao nos reunirmos, percebemos alta emotividade no grupo. Foi sugerido, por um dos participantes, que ao invés de discutirmos o que havia sido programado, que se organizasse o grupo, aproveitando a presença da maioria e se buscasse soluções para o problema básico que estavam enfrentando.

Nesta oportunidade, discutiram as dificuldades sentidas e programaram reunião com as chefias de enfermagem, quando fariam reivindicações com a devida exposição de motivos.

Pelas decisões tomadas, acreditamos que, a oportunidade criada para se reunirem e discutirem os problemas sentidos como comuns, fortaleceu o grupo, no sentido de se organizarem e requererem soluções a quem de direito.

Este encontro propiciou condições para discutirem seus problemas e para buscarem soluções para os mesmos. Pudemos notar a superação de uma consciência isolada, individualizada do problema vivido, em busca de uma consciência grupal, corporativa, na medida que saíram da situação de objetos e passaram a ser sujeitos da situação.

Eles marcaram reunião com chefias mas, dias depois foram contratadas 2 enfermeiras para a unidade.

Em seguida, por ocasião do próximo encontro, resolveram suspender a reunião programada, uma vez que o problema básico, de pessoal, fora solucionado.

Na 4ª reunião, com a participação das enfermeiras novatas já esclarecidas sobre o trabalho e com o grupo menos estressado, começa-se a delinear o tema considerado prioritário por eles.

Os enfermeiros decidem se deter nos aspectos psicológicos da hospitalização da criança, sentindo o tema bastante amplo mas, cujo primeiro enfoque seria a admissão, conforme verbalizam:

"Prã nós, eu acho muito importante o aspecto psicológico da criança... fazê-la acreditar na gente".

"A internação está muito falha; acho que teremos que reestruturar tudo... a gente tinha que fazer uma admissão diferente"

"No meio de tantos problemas, se a gente enfocar um... Todo processo de hospitalização se inicia na admissão; melhorando este ponto, passamos para outro aspecto".

Nesta reunião ainda ocorreram muitas falas simultâneas, principalmente, ao surgirem pontos divergentes sobre o tema discutido.

À medida que se delineava o tema prioritário sobre o qual se trabalharia iam surgindo inúmeros conflitos entre os enfermeiros ou mesmo em cada elemento, como destacaremos posteriormente. Estes conflitos surgiram durante todo o processo de estudo e discussão em torno da problemática da admissão da criança, até o momento de tomada de decisões sobre como seria esta nova admissão proposta e quem a executaria.

Frente às polêmicas surgidas em torno do assunto sugerimos que não tirassem conclusões imediatistas e precipitadas e que deixassem aberta a questão para posterior reflexão e análise.

Oferecemos ainda referencial bibliográfico sobre o assunto e apresentamos o trabalho *Comportamento da enfermagem na admissão da criança no hospital* (MADEIRA)³⁶. Este trabalho foi realizado por nós, tendo como base as admissões observadas na 1ª etapa da pesquisa, com a intenção de compreendermos melhor o envolvimento do enfermeiro neste processo e, principalmente, pensando que seria de grande valia nesta fase de ação com o grupo.

A moderação das decisões grupais foi valiosa por que impediu que se decidissem questões ainda mal discutidas e mal refletidas, levando o grupo a estudar e aprofundar o assunto. Isto possibilitou, posteriormente, a tomada de decisões no nível da práxis reflexiva, levando em conta tanto os elementos práticos como os teóricos sobre a hospitalização da criança, considerando-se que *não pode haver práxis apenas como atividade material, sem a produção de finalidades e conhecimentos que caracterizam a atividade teórica* (VÁZQUEZ⁵⁹).

Neste mesmo encontro é mencionado um trabalho sobre hospitalismo, feito por uma das enfermeiras; referem-se a ele como sendo muito bom e sugerem-no como referencial para o estudo proposto.

Também já se fala sobre a necessidade de preparo dos auxiliares de enfermagem. Como se vê:

missão, fazer o essencial... precisamos falar-lhe sobre estes problemas (aspectos psicológicos da admissão da criança)".

"Acho importante fazer um tipo de aula para as auxiliares, para ir ressaltando estes aspectos".

Neste sentido, evidencia-se a ampliação da visão do grupo quanto à problemática da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Começam a perceber que, modificar a admissão da criança somente pela atuação do enfermeiro, de nada vai resolver; precisam também preparar os auxiliares de enfermagem para esta mudança, uma vez que possuem grande participação no cuidado à criança.

A escolha pelo grupo, da admissão, como tema prioritário a ser trabalhado, provocou em nós algumas reflexões:

- a que se poderia atribuir esta coincidência entre a prioridade da pesquisadora e do grupo, reportando-nos ao início do trabalho, quando antes mesmo de se decidir a metodologia já possuíamos predileção pelo tema?

- teria sido o grupo, induzido pela abordagem, inicialmente, colocada?

Não afastamos esta possibilidade. No entanto, refletimos muito na questão e, concluímos que esta coincidência, provavelmente, deveu-se ao fato de que, ao escolhermos tal tema, partimos de nossa vivência que era a mesma do grupo.

Nesse ínterim iniciou-se o movimento grevista, começando pela suspensão de atividades docentes, depois dos médicos residentes e, logo após, dos funcionários públicos. O hospital começou a desativar suas unidades, inclusive por falta de verbas. Porém o pessoal de enfermagem continuou com parecendo ao trabalho, decidindo não paralisar suas atividades.

Os funcionários começaram a se sentir ociosos na clínica, surgindo daí a proposta de "aproveitarmos o período de greve enquanto a unidade está vazia".

Por isso, no período compreendido entre 31 de Maio a 06 de Julho de 1984 realizamos 6 reuniões.

Estes encontros foram muito proveitosos, muito se estudou e discutiu sobre vários assuntos, principalmente, sobre a admissão da criança.

A possibilidade de se reunirem...

tempo menores favoreceu, ao que tudo indica, o processo de organização da visão de mundo do grupo, quando muito se discutiu e analisou sobre a função do enfermeiro dentro do sistema assistencial.

Surgem colocações que mostram como vai-se ampliando e se elevando o nível de visão das pessoas sobre a realidade da assistência à criança naquele contexto. São focalizados vários aspectos, percebendo-se a problemática da hospitalização da criança de forma mais ampla, mais estrutural. Junto a isto, sobressai a elevação do nível de consciência quanto ao papel do enfermeiro. Podemos dizer que este grupo, neste momento, já adota uma postura analítico-crítica, frente aos problemas levantados, principalmente, no que se refere à atuação do enfermeiro frente à:

- comunicação com a mãe

"Temos muita oportunidade de entrosar com a mãe e não aproveitamos. Acho que é omissão. Nenhum profissional chega perto para escutar a mãe... Chegam e despejam aquela quantidade de informações... escutar é o mais importante; falar pouco e escutar mais. (...) Às vezes é fuga o enfermeiro ficar mexendo com uma série de outras coisas. Há pessoas que têm dificuldade de chegar e conversar com a mãe; vai mexer com a ansiedade da pessoa... vai sempre adiando".

- comunicação com a criança

"Acho importante a conversa com a criança maiorzinha. É preciso conhecer a criança, suas fantasias; dizer-lhe o porque das coisas. Precisamos ter uma entrevista com a criança".

"Acho importante você se comunicar com a criança de acordo com a idade dela".

- preparo para internação

"Deveríamos fazer um trabalho em conjunto com o ambulatório, para já ir preparando a criança e a mãe para a internação".

- impresso próprio para admissão

"Vamos ler, criticar e bolar um impresso de admissão nosso..."

- planos de cuidados de enfermagem

"Precisamos tornar nossos planos mais respeitáveis. Em primeiro lugar, torná-los mais decentes e, em segun

do, atualizá-los".

- informações aos auxiliares de enfermagem

"Fiz um apanhado geral no material que li sobre os pontos mais importantes na admissão da criança. Quero colocar para os auxiliares, para que eles entendam melhor a importância desta admissão".

Evidencia-se nestes fatos, o efeito provocado nos enfermeiros pela metodologia de pesquisa participante; pela vivência em um processo grupal e, principalmente, através das condições criadas para que pudessem explorar o potencial próprio. GRAMSCI²⁴ diz que o homem deve ser concebido como uma série de relações ativas e conscientes e que, à medida que se modificam estas relações, todos se modificam a si mesmos. Por outro lado, CAPALBO⁸ e FREIRE^{16 17}, falando sobre a consciência ingênua e crítica, afirmam que o homem é um ser de práxis, da ação e da reflexão e que tanto a consciência ingênua quanto a crítica convivem no homem. Contudo é necessário um exercício constante de reflexão, num processo educativo de conscientização para se passar da consciência ingênua à consciência crítica.

No entanto, para alcançar este nível de consciência crítica mencionado, foi necessário que o grupo, através das discussões, superasse uma série de conflitos surgidos, ligados ao tema em pauta e, principalmente, em torno de quem executaria as atividades propostas para a nova admissão da criança. Ocorreram muitas divergências sobre como seria esta admissão, mas os debates mais acirrados foram para decidir se o processo de admissão passaria a ser atribuição só do enfermeiro, do enfermeiro e do auxiliar ou só do auxiliar de enfermagem. Isto pode ser visto nos exemplos:

- na 4ª reunião

"Acho que a admissão pode ser feita tanto pelo enfermeiro como pelo auxiliar de enfermagem. (...) Já que a gente vai receber a criança e a mãe, que a gente faça o exame físico; avalie a criança; verifique os sinais vitais; dê o banho..."

"A gente vai conversar com a mãe e com a criança para desenvolver a confiança. Agora, banho, peso, temperatura é do auxiliar".

na 5ª reunião

"...Deveríamos implantar um modelo de admissão

mais simples tanto para o enfermeiro como para o auxiliar. O enfermeiro faria o plano de cuidados..."

"A enfermeira fazer toda a admissão não vai dar certo".

"Não vamos fazer uma admissão diferente! É o que está aí melhorado".

"Estou ainda na dúvida sobre qual será mesmo o tema do trabalho... não sei se será possível um modelo de internação...pode ficar muito teórico..."

- na 6ª reunião

"Acho que toda admissão possível é o enfermeiro que deve fazer".

"Acho melhor separar as funções".

"Não fiquem inventando muita coisa não; não vai dar certo!"

- na 7ª reunião

"A admissão deve ser feita pela enfermeira mas não deve ser uma atividade exclusiva dela. Deve-se colocar para o auxiliar que a enfermeira vai fazer na medida do possível, mas que ele também pode fazer tanto a entrevista quanto o exame físico; só não pode elaborar o plano de cuidados".

"Se desse para o enfermeiro fazer tudo seria melhor, mas nem sempre vai ser possível. Aí o auxiliar ficaria apenas com os sinais vitais, peso etc."

"A auxiliar continua fazendo o que já faz".

- na 8ª reunião

"Enfermeira tem mais condições de se comunicar com a mãe; precisa ter distinção de funções".

"A admissão deve ser feita pela enfermeira por que é um trabalho mais científico".

"Entrevistar a mãe é função da enfermeira".

"A enfermeira tem mais condições de fazer a entervista, o exame físico e de elaborar o plano de cuidados ; tem a mente mais aberta".

"Estudei em todos os livros e apostilas; sei que a admissão é função da enfermeira. Mas, se fizermos tudo, inclusive higiene, estaremos retirando a função do auxiliar".

"A enfermeira fazendo este roteiro que foi ela-

borado poda a iniciativa do auxiliar, deixa o enfermeiro com uma atividade que até hoje não era desenvolvida e da qual ele pode não dar conta".

"... Pode ser como o grupo quer, mas eu continuo contrária".

"Vamos tentar fazer já que a maioria acha que é possível".

Como se evidencia, somente no 8º encontro a maioria dos participantes demonstra segurança sobre a questão, sendo possível definir como seria e quem faria as diversas atividades propostas na nova admissão. A decisão foi tomada frente à coesão da maioria, apesar de ainda encontrarmos elementos que persistiam em suas opiniões pessoais e que acabaram por acatar as decisões do grupo, mas sem estarem inteiramente convencidos.

À primeira vista veríamos este processo decisório por que passou o grupo como natural e esperado dentro de uma dinâmica grupal. No entanto, no que se refere à enfermagem, outros pontos devem ser ressaltados.

Por exemplo, verificamos a dificuldade demonstrada pelo grupo em identificar o que é da competência do enfermeiro e o que é do auxiliar de enfermagem, num procedimento tão corriqueiro como é a admissão da criança.

Outros aspectos que também ficaram claros nas verbalizações foram a resistência à mudança demonstrada por alguns elementos e o medo evidenciado, quando surge a possibilidade de assumirem a responsabilidade por algo que até então, bem ou mal, vinha sendo da responsabilidade do auxiliar de enfermagem.

Talvez, por estes e outros motivos, aparece, com frequência, a necessidade de dividirem a admissão da criança com o auxiliar de enfermagem. Dividindo as atribuições, consequentemente, se divide a responsabilidade e os riscos a correr serão menores.

O grupo decidiu pela aplicação de um roteiro (anexo 4), elaborado por eles, quando o enfermeiro faria uma entrevista com a mãe, um exame físico sumário da criança e elaboraria o plano de cuidados. Ao auxiliar de enfermagem caberiam as funções já desempenhadas, de recebimento da criança, com verificação de sinais vitais e a higiene necessária. São que, com a nova admissão, sua atribuição ficaria facilitada frente às melhores informações que...

ança.

Nesta fase começa a ficar premente para o grupo a necessidade de se fazer um preparo para os auxiliares de enfermagem. Esta necessidade surge, inicialmente, considerando-se a nova admissão que seria implantada e depois, vai se expandindo para um levantamento das necessidades dos auxiliares, em termos de treinamento.

Como se evidencia em suas falas:

"Estã precisando um preparo para nōs todos. As auxiliares estã reclamando; inclusive a pessoa passa a ter interesse".

"Não adianta fazermos um plano muito bonito se não prepararmos o pessoal para isto".

"O que os auxiliares estã precisando mesmo ē de uma reciclagem completa".

"Poderĩamos discutir com os auxiliares para eles mesmos sentirem a necessidade de fazerem uma boa admissão. E nesta reunião, levantarmos as necessidades deles em termos de reciclagem".

"Precisamos tentar levantar com os auxiliares as necessidades deles..."

Nesta fase percebemos que a necessidade de preparo dos auxiliares de enfermagem jã era comum a todos os elementos do grupo.

Frente às decisōes tomadas, com a continuação da greve e, sentindo-se a necessidade de encaminhar alguma atividade para o pessoal que se encontrava ocioso, resolvemos iniciar logo as reuniōes com os auxiliares dos diversos turnos.

Esta reunião seria coordenada pela enfermeira - coordenadora da unidade, contaria com a nossa presença e com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem de cada turno. Os objetivos seriam:

- esclarecer os auxiliares de enfermagem sobre o trabalho em andamento (apresentar o roteiro de admissão);
- pedir sugestōes para a nova proposta de admissão; e
- levantar necessidades dos auxiliares, em termos de reciclagem.

Com os enfermeiros firmamos o compromisso de que, logo que se restabelecessem as internaçōes, o novo modelo de

admissão seria aplicado, na medida do possível, para posterior avaliação.

Nestas reuniões decisórias, percebíamos um bom clima nas discussões, sem agressões, quase não havendo falas superpostas e aparecendo, algumas vezes, até risos. No entanto, alguns elementos se destacavam nas discussões, enquanto que outros, especialmente as enfermeiras recém-admitidas, ficavam caladas, só se manifestando quando solicitadas pelo grupo ou pela coordenadora da reunião.

Pensando-se em levar o grupo a analisar os diversos comportamentos dos membros foi proposto, para o 9º encontro, a *brincadeira de zoológico*, técnica projetiva apresentada por LIMA³⁴. Fornecemos o material com antecedência e explicamos o objetivo da *brincadeira*.

Porém, neste encontro, os enfermeiros discutiram pontos da reunião realizada com os auxiliares, levaram bebidas e salgadinhos para o encerramento das atividades do semestre e a discussão sobre o *zoológico* ficou em 2º plano.

Neste sentido, algumas hipóteses foram levantadas por nós, tentando compreender o aparente desinteresse do grupo pela atividade proposta:

- teria sido por falta de motivação, gerada por uma abordagem inadequada sobre o assunto?
- estaria o grupo fugindo de uma auto-análise?
- estaria o grupo num grau de maturidade mais avançado (operativo), onde não interessaria muito uma atividade lúdica, como a proposta?

Não afastamos nenhuma destas possibilidades mas, pelos fatos apresentados anteriormente, percebemos que o grupo já se encontrava numa fase de tomada de decisões, com uma visão muito mais coletiva que individualista das coisas.

Após termos realizado reuniões com dois grupos e auxiliares, resolvemos (grupo e pesquisadora) suspendê-las, rente ao clima vivido na unidade, decorrente da agudização da situação de greve.

Somente no dia 7 de Agosto deram por encerrado movimento grevista reiniciando-se, aos poucos, as internações na pediatria.

Logo após a normalização das atividades na unidade, reunimos novamente com o grupo, para revisão do encami

Marcamos um próximo encontro e, em seu início, após retrospectiva do trabalho, a enfermeira-coordenadora da unidade disse:

"Sabe, estamos pensando em elaborar as rotinas da pediatria; é o mais urgente!"

Daí para frente, o grupo se envolveu com a discussão da operacionalização do novo trabalho sentido como prioritário. Verbalizaram:

"Estamos pensando na elaboração das rotinas com a participação dos enfermeiros e auxiliares. Acho que será uma forma de estimular as pessoas a estudarem, a pesquisarem"

Combinaram que cada enfermeiro coordenaria um grupinho de auxiliares de enfermagem para que, estudando juntos, pudessem fazer a(s) rotina(s) que escolhessem. Depois fariam um rodízio pelos diversos turnos para que aquele assunto fosse transmitido e discutido com todos, para depois ser implantado na unidade.

Foi frisado o valor da participação dos auxiliares neste empreendimento, como pode ser visto:

"É muito importante a participação deles na elaboração das rotinas porque poderão colaborar muito, além de e envolverem no que vão fazer"

A preocupação inicial em se considerar as necesidades dos auxiliares de enfermagem em relação a um treinamento, neste momento, se amplia ainda mais frente à descoberda importância destes elementos serem levados a estudar, a squisar e frente a possibilidade disto acontecer junto com enfermeiros. Ou seja, a relação proposta agora é de sujei-sujeito da situação; tanto enfermeiros quanto auxiliares raçariam uma mesma causa, numa relação de igualdade, visana melhoria da assistência.

O grupo decidiu pela continuação das reuniões os auxiliares de enfermagem são que agora, com a nova prota de trabalho conjunto.

Quanto à aplicação de novo modelo de admissão, bariam aplicá-lo, sempre que fosse possível.

No encontro subsequente foram selecionados os prioritários para a elaboração das rotinas e cada eneiro presente escolheu aquela(s) de sua preferência.

Esta última reunião foi coordenada pela enfer-

do grupo e todas as discussões e decisões partiram, exclusivamente, deles.

Ao se discutir a necessidade de se trabalhar em grupo com os auxiliares de enfermagem, um dos elementos disse:

"Eu nunca soube trabalhar em grupo, estou aprendendo agora".

Percebemos, ao contrário do ocorrido nas primeiras reuniões, o clima predominante nestas últimas, pela facilidade com que um dos membros reconhece sua inadequação e coloca-a, naturalmente, para o grupo, sem medo de censura ou julgamento.

Ao final, fomos convidados a integrar o grupo de enfermeiros do turno da tarde, para trabalharmos com um grupinho de auxiliares de enfermagem.

Nestas últimas ocorrências, merecem destaque a expansão da consciência do grupo, ao decidirem por esta forma de trabalho; um trabalho feito junto com os auxiliares, com o envolvimento de todos. Reportando-nos às etapas anteriores da pesquisa, vamos nos deparar com as características da pesquisa participante, mencionadas pelos autores e que são coincidentes com estas. A tendência em se elaborar as rotinas apenas pelo grupo de enfermeiros e fornecê-las como um pacote pronto aos auxiliares, de cima para baixo, foi superada por eles.

Outro fato importante é que, nesta fase da pesquisa, o grupo já é capaz, por si só, de identificar seus problemas e destacar suas prioridades, sem a necessidade da nossa interferência. No artigo do Instituto de Ação Cultural (IDAC²⁹), referem-se à questão da avaliação da metodologia, dizendo que *o processo alcançou êxito quando ajudou o grupo a entender sua própria realidade, possibilitou sua auto-determinação e quando estimulou uma ação criativa e consciente no sentido da mudança social.*

3. Considerações finais

Ao relatarmos o processo evolutivo da ação participativa com o grupo pesquisado, utilizando-se como base a filosofia da práxis, faz-se necessário relevar alguns aspectos.

Através da evolução histórica deste grupo, foi-

nos possível detectar mudanças em relação à integração dessas pessoas. No momento em que passaram de objetos a sujeitos da pesquisa e que foi-lhes propiciado condições de discutir os problemas comuns, foram capazes de analisar sua própria realidade e tomar decisões no sentido de modificá-la. Na medida que aumentou a participação nas decisões, aumentou e a visão da problemática da assistência de enfermagem à criança e, conseqüentemente, foram tomadas providências para melhorá-la.

Isto se confirma nas idéias de GROSSI²⁵ que afirma que a pesquisa participante procura iniciar um processo de *desdoutinação* que permita às pessoas discernir entre seus próprios elementos culturais e aqueles que lhe são impostos, promovendo a distinção das contradições existentes na sociedade e podendo agir em conseqüência disso. Sob o ponto de vista de GRAMSCI²⁴ há grande diferença entre pensar o mundo dentro de uma visão imposta e pensá-lo de forma crítica, interpretando os elementos que estão determinando as condições sociais e materiais de existência.

Com o desenrolar do trabalho sentimos que o tema prioritário escolhido por ocasião da devolução dos dados, serviu apenas como fator desencadeador do processo participativo. O próprio grupo começou a perceber que o problema da admissão da criança era limitante e que envolvia muitas outras dimensões. Pelo processo dialético estrutural utilizado perceberam que a realidade não tem só uma dimensão, não se limita a um fato isolado, mas a um conjunto deles, à sua totalidade, com todas as suas variáveis.

No trabalho dialético estrutural, a estrutura é delineada durante o processo interativo. Partindo-se da análise crítica de uma variável, considerada prioritária, outras vão surgindo ou sendo descobertas. Daí se percebe que a estrutura que antes era limitada, com algumas variáveis, se ampliou, possuindo multi-fatores interdependentes. Neste trabalho, o grupo voltou sua atenção inicialmente, sobre a admissão da criança, daí perceberam: inadequações pessoais, como despreparo científico; questões internas que precisavam ser solucionadas; o despreparo dos auxiliares de enfermagem e a necessidade de se implementar um treinamento para os mesmos; entre outras coisas.

Neste processo vivido, onde teoria e prática se interligam, à medida que uma variável do problema vai sendo superada, outras vão aparecendo ou sendo criadas. Segundo VÄZ

QUEZ⁵⁹, o homem é um ser que precisa estar inventando ou criando, constantemente, novas soluções. Isto porque, sempre que satisfaz uma necessidade, ele mesmo cria outras que invalidam as soluções encontradas, ou mesmo, porque a própria vida se encarrega de invalidá-las.

Durante o processo participativo aparecem muitos conflitos, dúvidas e contradições, até que alguma decisão seja tomada. Mesmo assim, mudanças significativas foram percebidas e identificadas no grupo, atribuídas à vivência da metodologia de pesquisa participante. Modificou-se o relacionamento entre si e entre eles e os auxiliares de enfermagem. Procuravam atender suas necessidades tanto que, ao final do processo interativo relatado, haviam elementos fazendo cursos de atualização em pediatria; uma enfermeira apresentou trabalho sobre hospitalismo no congresso; realizavam-se reuniões periódicas com os auxiliares para discussão de assuntos pertinentes à assistência, como: balanço hídrico e infecção cruzada e, era visível a preocupação em se implementar o último trabalho proposto com os auxiliares de enfermagem.

Apesar disto, sentíamos, ao mesmo tempo, que este processo de mudança, de organização da visão de mundo não ocorria de forma homogênea, linear, com todos os participantes do grupo. Alguns demonstraram se desenvolver mais rapidamente, enquanto que, de outros, questiona-se este desenvolvimento. Um exemplo claro é a pouca ou nenhuma participação das enfermeiras recém-admitidas, nas discussões. O que as teria levado a assumirem tal postura?

Outra enfermeira, na 1.^a reunião, mostrava-se agressiva com as colegas, estava desconfiada e descrente quanto ao trabalho proposto:

"Não adianta discutir esta coisa, não! Vai ficar uma coisa só. Não temos com quem falar; todos se acomodam!"

Ao se oferecer material bibliográfico sobre a admissão da criança, dias após, a mesma disse:

"Não li nada do que você deixou aí. (...) Meus trabalhos estão todos aqui, oh!" (mostra a cabeça)

À medida que progrediam os encontros ela já fala com desenvoltura e não se percebe agressão em suas falas. Ao se decidir sobre a nova proposta de admissão da criança, se coloca:

"Acho que a gente deve tentar, melhorar mais um pouquinho. A conversa com a mãe eu acho importante; deve melhorar. Às vezes não vai dar certo mas, a interação é a base, não tem nem dúvida".

Sobre o roteiro elaborado:

"Este roteiro é bom: o menino chega aí, fica jogado e você não sabe nada dele."

É visível a mudança quanto a seu comportamento no grupo e à sua percepção sobre o tema discutido.

No entanto, esta mesma pessoa passou por todo este processo apresentando contradições em suas falas e muita resistência em associar os conhecimentos teóricos à sua prática. Como se evidencia:

"Acho que a admissão deveria ser feita pela enfermeira porque é um trabalho mais científico, o palavreado é diferente, o modo de se conversar com a mãe..."

"Está precisando um preparo para todos nós, enfermeiras e auxiliares de enfermagem..."

"Com as auxiliares precisa fazer uma reunião... saber o que mais elas gostariam de estudar... uma reciclagem?"

Mas, ao se decidir por formas de preparo dos auxiliares, diz:

"Dar aulas não é comigo, não gosto".

Quanto à elaboração das rotinas:

"Acho importante mas não vou fazer, não gosto, não tenho tempo..."

Podemos deduzir, por estes fatos, que as transformações nas pessoas não ocorrem de forma linear, simétrica, como se espera idealisticamente. No processo dialético as pessoas vão e voltam. O processo de evolução da consciência se dá em espiral, num crescente.

Sabemos que, o comportamento das pessoas, suas percepções, suas atitudes, são determinados historicamente, numa estrutura que possui infinitos fatores interdependentes. Sendo assim, verificamos como nos fatos citados que, alguns elementos do grupo talvez não tenham passado por nenhuma mudança perceptível.

Todavia, devemos considerar que, as pessoas que vivenciam a práxis passam por um vá e vem no processo de

transformação; elas recuam, mas nunca ao ponto em que estavam antes. Pelo fato de terem experienciado um processo educativo-participativo, espera-se que alguma coisa em si tenha modificado: em suas percepções, em suas atitudes etc.

Outro exemplo deste vai e vem da consciência, próprio do processo dialético histórico, foi o ocorrido com a enfermeira citada no início deste capítulo. Inicialmente, ela rejeitava completamente a idéia de se trabalhar sobre o tema admissão da criança. Posteriormente reformulou seus conceitos, valorizando o procedimento.

No entanto, durante as reuniões para se decidir quanto ao como fazer e quem faria a admissão demonstrou, além de opiniões radicais em relação ao grupo em geral, muitas contradições em seus próprios conceitos. Observemos seu discurso durante o desenrolar das discussões:

"Se dependesse só da nossa equipe eu não abordaria a admissão da criança; considero outros problemas como prioritários".

Nas discussões seguintes já aceita novamente a idéia:

"Poderíamos começar partindo de uma crítica da admissão da criança... uma admissão bem prática".

Daí começam a surgir contradições em suas falas:

"Deveríamos implantar um modelo mais simples de admissão tanto para o enfermeiro quanto para o auxiliar".

"A gente bola uma internação mais rica e mais perfeita e todo mundo pode fazer".

Como se vê, ela sugere, ao mesmo tempo, um modelo simples, mas com uma admissão mais rica e perfeita.

Mais adiante:

"Acho que a enfermeira é quem deve fazer a admissão, mas que ela não fique com a obrigação de fazer todas".

Sobre o roteiro de admissão elaborado:

"... a entrevista, que é supérflua, vai ser deixada de lado pelos auxiliares..."

"... não que eu considere esta admissão uma atividade supérflua..."

No momento de se fechar a questão sobre o assunto, face à posição da maioria do grupo, verbalizou:

"Pode ser como o grupo quer, mas eu continuo con
trária".

À primeira vista pensaríamos nesta pessoa como um elemento radical em suas opiniões, contraditório e que, provavelmente, teria atrapalhado o desenvolvimento do grupo. No entanto, percebemos que esta sua postura foi muito importante para dinamizar as discussões e ajudou aos demais a definir e a reafirmarem aquilo que queriam e que consideravam melhor. Esta mesma pessoa, também, se apresentou como um dos membros mais dinâmicos do grupo, apresentando propostas de mudanças e sempre disposta a implementar ações, visando melhorias assistenciais.

Reafirmamos, com este relato, que no processo de praxis os efeitos da educação participativa são verificados, principalmente, a nível grupal. Porém, o desenvolvimento da consciência, antes de mais nada, se dá de forma individualizada, ocorrendo mais rapidamente em uns que em outros; uns percebem e ampliam determinados aspectos de sua realidade mais que outros.

Também ficou evidenciado, no decorrer do processo, a necessidade dos enfermeiros em utilizarem, com frequência, a justificativa da falta de tempo sempre que surgia uma proposta de mudança e, mais ainda, sempre que se levantava uma deficiência assistencial relativa à sua atuação. Como se confirma através de suas falas:

"A enfermeira não está fazendo o que gostaria... não temos tempo de nos relacionarmos com a mãe... o plano de cuidados cai aos pedaços... por falta de tempo".

"Uma forma de atuação da enfermeira é através da avaliação da criança, da atualização do plano de cuidados... mas falta tempo".

"Não estamos fazendo nem um quinto do que deveria ser feito... O que mais atrapalha é o fator tempo".

Entre outras.

Frente a esta desculpa institucionalizada teçeremos algumas considerações.

É histórico na enfermagem a existência de uma atitude de desvalorização da profissão, conseqüente à sua própria história e, talvez, por ser esta uma profissão cujas atividades são tão essenciais às pessoas que até passa despercebida, nunca se destaca. Com isto, é freqüente nas institui-

ções, o desinteresse pelas questões relativas à enfermagem, com uma grande sobrecarga de serviço e a existência de um profissional que não consegue identificar suas funções. Assim, ele se desdobra, faz *de tudo* e, ao final de sua jornada sai insatisfeito, porque não sabe se o que lhe era pertinente foi feito a contento.

Outras hipóteses podem ainda ser levantadas. MENZIES⁴³ acha que esta justificativa é utilizada pelo enfermeiro como um mecanismo de defesa contra o alto nível de ansiedade, gerada por sua profissão e por qualquer mudança que venha a ser proposta em suas atividades.

Já HORTA²⁸ menciona a falta de tempo como a queixa mais freqüente dos profissionais, identificando-a como um dos mitos existentes tanto no exercício como no ensino de enfermagem.

Na realidade, o que ocorre é que os enfermeiros ainda estão desempenhando suas funções tendo como referencial, basicamente, o que já existia antes e o que lhe é exigido pela instituição. Parar para pensar e propor mudanças representa uma ameaça muito grande, pois significa se rebelar contra algo que se encontra acomodado, sedimentado. Dessa forma, é menos arriscado se apoiar na *falta de tempo*.

Por outro lado, levantamos a possibilidade da influência do sistema capitalista vigente, tanto na formação do enfermeiro quanto no desempenho de suas atividades nos hospitais. Durante sua formação se acostuma a receber tudo pronto, dentro do *sistema de educação bancária* (FREIRE^{16 18}). No hospital, pelo predomínio da organização taylorista, é levado a trabalhar dentro das normas e rotinas da unidade; despersonaliza seu cliente, porque são tantos que terminam por serem identificados pelo número do leito; dentre outros motivos. Acreditamos que a execução de um trabalho rotineiro, repetitivo, pouco criativo, seja também um agravante da desmotivação do enfermeiro e, por isto, a constante necessidade de legitimar as deficiências detectadas em sua atuação.

Conforme bem coloca VÁZQUEZ⁵⁹, *criar é, para o homem, a primeira e mais vital necessidade; porque só criando, transformando o mundo, o homem faz um mundo humano e se faz a si mesmo.*

Ficou evidente, no entanto, através da evolução do processo, o crescimento ocorrido, tanto em termos pessoais como do grupo. A experiencição no processo educativo-parti-

.01.

cipativo, com valorização de princípios de ação democrática, levando-os a refletirem sobre suas ações, a pensarem suas contradições, impulsionou este grupo na superação de uma prática espontânea, passando para outra mais reflexiva.

A última proposta dos enfermeiros, de trabalharem com os auxiliares de enfermagem, procurando através de um esforço mútuo, elaborar as rotinas da clínica, confirmou, mais uma vez, a importância do emprego da pesquisa participante junto a este grupo.

PAPEL DA PESQUISADORA NO
PROCESSO PARTICIPATIVO

Ao decidirmos por esta pesquisa, uma das questões mais colocadas e discutidas foi a nossa pouca experiência como pesquisadora e, principalmente, quanto à metodologia de opção. Sentimo-nos, além de inexperientes, incapazes mesmo de desenvolver um trabalho deste gênero.

À medida que nos aprofundávamos no estudo da filosofia da práxis e da pesquisa participante, mais clara ia ficando a necessidade de mudanças nos nossos conceitos sobre educação e pesquisa, na visão da *pessoa* em si, para que fosse possível o desenvolvimento do trabalho. Paralelamente, ia também se delineando, de forma cada vez mais intensa, a importância e a efetividade deste tipo de investigação.

E foi assim que a pesquisa se iniciou: com muitas dúvidas, medos e ansiedades, mas principalmente, representando um grande desafio.

Deve ser ressaltado, de início, a importância que teve para a implementação da pesquisa, o papel desempenhado pela orientadora-facilitadora. Esta, com frequência, estimulava-nos, acreditando no nosso potencial, procurando manter sempre o *diálogo entre iguais* e, muitas vezes, estudando *junto* conosco.

Deste relacionamento sempre aprendíamos *lições* que, posteriormente, passávamos a utilizar no relacionamento com o grupo pesquisado. Neste sentido, a experiência como pesquisadora, no processo interativo, foi para nós, de aprendizagem contínua.

Nas reuniões para discussões em grupo, coordenadas por nós, devem ser destacados alguns pontos.

Quase nunca era preciso partir de nós o estímulo para as discussões. Geralmente, elas se davam naturalmente, em seqüência à discussão da reunião anterior.

As poucas vezes em que se fez necessário dinamizar as discussões, usamos perguntas abertas sobre o tema em pauta.

Como haviam também, elementos que pouco opinavam, às vezes usávamos abordagens diretas, com pedidos de opinião sobre o que se discutia. Tentamos uma técnica projetiva, já citada, numa tentativa de levar os enfermeiros a refletirem sobre o comportamento de cada um no grupo. Porém, pelos resultados, não obtivemos muito sucesso.

Na medida em que o grupo manifestava necessida-

de de aprofundar conhecimentos sobre algum assunto eram oferecidos recursos bibliográficos pertinentes.

Algumas vezes tivemos que atuar como moderadores no processo, quando apareciam divergências muito fortes entre os componentes, arriscando-se a coesão do grupo.

Atentando-nos sempre para a relação de igualdade, sem impor nossa opinião, em muitas situações procuramos levar o grupo a refletir sobre pontos importantes da assistência à criança hospitalizada, enfocando: a função do enfermeiro, a função do auxiliar de enfermagem, necessidade de coerência entre a teoria e a prática, como empreender a reciclagem dos auxiliares de enfermagem, entre outros. Além do que, sempre que possível, procurávamos evidenciar as contradições detectadas em suas falas.

Um outro recurso técnico utilizado em todas as reuniões foi a gravação. Imediatamente após cada reunião, ouvimos a gravação, procurando destacar as falas e as decisões relevantes daquele encontro. Com isto, era possível reconhecer os erros cometidos e procurar saná-los nos próximos encontros. Várias falhas, inerentes à nossa situação, foram detectadas, como por exemplo:

- excesso de interferências em determinadas reuniões;
- demonstração de rejeição por pontos de vista contrários e de apoio àqueles que se assemelhavam aos nossos;
- uso de diretividade com excesso de abordagens, tentando incentivar a implantação do novo modelo de admissão;
- entre outras.

Refletindo sobre estas ocorrências, compreendemos o seguinte: neste trabalho, procuramos levar as pessoas a serem o sujeito da pesquisa e, a relação que se estabeleceu para isto foi a horizontal, dialógica. E, durante todo o processo procuramos evitar imposições e decisões pouco refletidas. Ao desempenharmos o papel de pesquisadores, com frequência, nos sentíamos sujeito da pesquisa, pela própria característica do trabalho que se desenvolveu num processo iterativo. E, como sujeito, possuíamos também nossas limitações, percepções e valores que, por mais que tentássemos impedir, muitas vezes apareceram durante as relações com o grupo.

Confirmamos, desta forma, a impossibilidade de uma pretensa neutralidade do pesquisador, não se esquecen-

do nunca da importância do papel a desempenhar em relação ao grupo pesquisado que é o de captar as possibilidades de mudança no interior do grupo e incentivá-lo a caminhar em direção a esta mudança (Instituto de Ação Cultural - IDAC²⁹).

Uma dificuldade muito sentida por nós, no decorrer do processo de interação grupal, foi o fato de não ter sido possível trabalharmos com outros elementos na postura de pesquisadores. Acreditamos que, como é um trabalho dialético estrutural, onde devemos estar atentos para todos os aspectos que, direta ou indiretamente, tenham relação com o fato pesquisado, mais pessoas poderiam, quem sabe, ter levado o grupo a um nível mais elevado em sua práxis.

Mesmo assim, os efeitos percebidos no grupo, no desenrolar dos trabalhos, reafirmaram a efetividade do processo participativo. À medida que os enfermeiros sentiram a importância de serem valorizados, de poderem defender suas necessidades e decidirem o que queriam, resolveram aplicar o mesmo processo com os auxiliares. Verificamos assim, que eles apreenderam, no processo vivenciado, conhecimentos tanto teóricos quanto práticos. E esta aprendizagem, provavelmente, foi favorecida pela nossa postura. A todo momento procurávamos atuar como facilitadores do processo educativo-participativo.

Muitas mudanças foram detectadas no grupo: em suas percepções, em suas atitudes; enfim, em seu comportamento.

Frente a isto, apesar das falhas cometidas mas, sempre em busca de acertos, sentimos ter desempenhado, em relação a este grupo de enfermeiros, o papel de estimuladores de um processo de trabalho interativo que leva à mudanças.

Reportando-nos ao que éramos ao iniciarmos este trabalho e como nos percebemos agora, nesta fase de plena interação com o grupo pesquisado, sentimos necessidade de tecer algumas considerações.

Alguns autores mencionam que a ação educativo-participativa só ocorre quando, tanto o pesquisador quanto os pesquisados se transformam no processo. No que se refere às mudanças ocorridas no grupo de enfermeiros, já foram citadas anteriormente. Quanto a nós, não temos dúvidas quanto à ocorrência destas transformações, em relação à nossa postura como profissional, como docente e, especialmente, como pessoa.

Tentando expressar o significado deste trabalho

para nōs, fazemos uma modesta comparaçāo com as palavras de VÁZQUEZ⁵⁹, ao se referir ā atividade criativa, artīstica:

"... a atividade do artista tem algo de aventura; trata-se de realizar uma possibilidade que sō depois de realizada ē que se pode compreender que era uma possibilida de realizāvel; daī a aventura, o risco, a incerteza..."

Eis o desafio!

CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos nesta pesquisa tornou-se mais evidente a efetividade da metodologia de pesquisa participante na capacitação dos enfermeiros que compuseram o grupo pesquisado.

A vivência no processo educativo - participativo possibilitou ao grupo uma maior integração:

- como pessoas, buscando satisfação de suas necessidades, procurando desenvolver seus potenciais;
- como grupo, através das discussões dos problemas comuns e tomadas de decisões coletivas;
- em relação à chefias e subordinados, buscando soluções dos problemas da unidade junto a eles;
- em relação à criança e pais, pelo redirecionamento de seu papel, procurando atuar junto à mãe e à criança na admissão e pelo estudo e reflexão sobre as rotinas mais comuns na unidade.

A passagem do grupo, de objetos a sujeitos da pesquisa, com as discussões promovidas, a utilização de uma postura mais democrática que permitisse a participação nas resoluções, impeliu os enfermeiros para diante, no sentido de conseguirem melhor conhecer e interpretar a realidade da hospitalização da criança e a superar a execução alienada de suas funções, com o devido questionamento e reflexão sobre seus atos.

Percebemos no trabalho que é inegável a importância da aplicação da pesquisa participante, orientada pela filosofia da práxis. Este testemunho está na própria evolução do processo e, especialmente, nas decisões finais tomadas pelos enfermeiros, quando resolveram trabalhar com os auxiliares de enfermagem, propondo fazer levantamento de suas necessidades em termos de reciclagem, e a estudar com eles para a elaboração das rotinas da unidade.

Verificamos que, nesta linha filosófica, a medida que se valoriza o outro; que se acredita em seu potencial para modificar e criar sua história, oferecendo-lhe condições para isto, emerge a necessidade de passar o processo para outras pessoas, outros grupos, procurando socializar a experiência e obedecendo ao próprio movimento da dialética, numa busca constante de crescimento e integração.

Acreditamos que, a elevação da visão de mundo, com a percepção mais estrutural da problemática que envolve

a assistência de enfermagem à criança hospitalizada, reverterã, conseqüentemente, em benefício da criança e família. Para o enfermeiro pediátrico isto tem um valor inestimável, uma vez que a assistência à criança e família representa a finalidade máxima de suas atividades profissionais.

O processo interativo com o grupo foi de aprendizagem contínua e mútua, tanto para a pesquisadora quanto para os pesquisados.

Com os enfermeiros, em sua maioria, na proporção que aumentavam suas participações iam superando a práxis espontânea à procura de outra mais crítica, reflexiva. Este processo em alguns elementos ocorreu mais rapidamente e intensamente, enquanto que noutros, ocorreu mais lentamente.

Quanto a nós, muito aprendemos durante todo o processo, especialmente, como *gente*. O trabalho representou uma lição contínua de: como se relacionar com o outro; como é importante conhecer melhor o outro; e, como este outro possui potenciais que estão apenas aguardando condições propícias para desabrocharem.

Confirmamos, desse modo, a necessidade de procurarmos metodologias de pesquisa alternativas na enfermagem. Metodologias estas que procurem mais compreender que explicar os fatos e, cujos trabalhos possam gerar resultados que revertam em benefício das populações estudadas, levando a enfermagem a cumprir com sua parcela de compromisso social. Esta necessidade se faz, mesmo que esta metodologia se fixe no movimento da realidade, que por sua vez, se desenvolve de forma diversa, quando se alteram o espaço e o tempo.

O trabalho empreendido nesta unidade de internação, na verdade, não terminou. Acreditamos que foi superada uma etapa, onde algumas variáveis do problema foram descobertas e, pela ação-reflexão, foram superadas. O grupo já se encontra numa outra fase, quando demonstra saber reconhecer suas necessidades e prioridades, buscando saná-las. Procuram no momento, aplicar o novo modelo de admissão e empreender o trabalho com os auxiliares de enfermagem.

Como a pesquisa participante segue as leis e princípios da dialética histórica, o trabalho não se fecha. A ação é um movimento da realidade e, por isto, não termina. Imaginamos que, daqui para frente, novas necessidades surgirão neste contexto e outras variáveis da estrutura serão descobertas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AKINKUGBE, O.O. Torre de marfim ou compromisso social? Saúde do Mundo, Genebra: 2-3, abr. 1984.
2. ALMEIDA, M.C.P. A construção do saber na enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 58-77.
3. BARBOSA, L.T. Aspectos psico-sociais da assistência à criança. São Paulo, Nestlé - Serviço de Informação Científica, s.d. (Temas de Pediatria, 9).
4. BHAMARAPRAVATI, N. Universidade das ciências da saúde. Saúde do Mundo, Genebra: 12-14, abr. 1984.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão de Epidemiologia. Dados demográficos por grandes regiões. Brasília, 1980.
6. BRUSCHINI, C. & BARROSO, C. Caminhando juntas: uma experiência na periferia de São Paulo. Cad. Pesq., São Paulo, (45): 43-9, maio 1983.
7. CAMACHO, J. da S. O materialismo dialético: leis e categorias. São Bernardo do Campo, Centro de Pós-Graduação. Mestrado em Administração, 1983. 31 p. (apostila).
8. CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, UFSC, 1984. p.130-57.
9. CHAUI, M. de S. O que é ideologia. 13 ed. São Paulo, Brasiliense, 1983. 125 p.
10. CONCEIÇÃO, J.A.N. et alii. Modelo para atendimento global à criança em um hospital escola. Rev. Saúde Públ., São Paulo, 8(4): 341-7, dez. 1974.
11. COSTA, B. Para analisar uma prática de educação popular. 3 ed. Petrópolis, Vozes/Nova, 1982. p. 7-47 (Cadernos de Educação Popular, 1).
12. DEMO, P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C.R. Repensando a pesquisa participante. São Paulo, Brasiliense, 1984. p. 104-30.

13. EYRES, P. The role of the nurse in family-centered nursing care. Nurs.Clin.North Am. Philadelphia, 7(1): 27-39, Mar. 1972.
14. FALSETTI, L.A.V. Educação e grupos operativos. Instituto da Criança da FMUSP. Divisão de Educação, 1976. 10 p. (apostila).
15. FERREIRA-SANTOS, C.A. A enfermagem como profissão: estudo num hospital-escola. São Paulo, Pioneira, 1973.176p.
16. FREIRE, P. Educação e mudança. 5 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982. 79 p.
17. ——— Extensão ou comunicação? 6 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982. 93 p.
18. ——— Pedagogia do oprimido. 10 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. 218 p.
19. GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C.R. Repensando a pesquisa participante. São Paulo, Brasiliense, 1984. p. 15-50.
20. GARCIA, P.B. Saber popular/educação popular. 2 ed. Petrópolis, Vozes/nova, 1983. p. 33-62. (Cadernos de Educação Popular, 3).
21. GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1983. 118 p.
22. GIANOTTEN, V. & WIT, T. de. Pesquisa participante em um contexto de economia composesa. In: BRANDÃO, C.R. Repensando a pesquisa participante. São Paulo, Brasiliense, 1984. p. 158-88.
23. GIOVANNI, C. O método dialético. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 161-71.
24. GRAMSCI, A. Introdução à filosofia da práxis. Lisboa, Antídoto, 1978. 165 p.
25. GROSSI, F.V. Socio-political implications of participatory research. Convergence. Toronto, 15(3): 43-51, 1981.
26. HAMBURG, D.A. & RUSSELL, A. Conduta e saúde. Saúde do Mundo. Genebra: 27-9, dez. 1983.

27. HERTL, M. Manual de puericultura y pediatria para enfermeras. Barcelona, Toray, 1976. 548 p.
28. HORTA, W. de A. Os mitos da enfermagem. Enf. Novas Dimens. 1(2): 60-3, 1975.
29. INSTITUTO DE AÇÃO CULTURAL - IDAC. A observação participante, uma alternativa sociológica. Rio de Janeiro, CEI, 1978. p. 14-39.
30. KETTEL, L.J. et alii. Admission nurse practitioners make a difference. Am. J. Nurs., New York, 78(4): 648-9, Apr. 1978.
31. KINGMA, S.J. Para que nossos filhos tenham vida. Contact, São Paulo, (35): 3-12, abr. 1984.
32. KONDER, L. O que é dialética. 7 ed. São Paulo, Brasiliense, 1983. 87 p.
33. LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C.R. Repensando a pesquisa participante. São Paulo, Brasiliense, 1984. p.51-81.
34. LIMA, L. de O. Treinamento em dinâmica de grupo no lar na empresa na escola. 6 ed. Petrópolis, Vozes, 1979. 472 p.
35. MACHADO, D.M. & MACHADO, E.M. Cuidados psicológicos à criança hospitalizada. Rev. Hosp. Clin. São paulo, 11(4): 205-8, jul/ago. 1956.
36. MADEIRA, L.M. Comportamento da enfermeira na admissão da criança no hospital. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 1984. (no prelo).
37. ————. Pesquisa participante: uma alternativa na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36. Belo Horizonte, 1984. (apostila).
38. MAHLER, H. Saúde da criança: riqueza do mundo. Saúde do Mundo. Genebra: 3, jan./fev. 1984.
39. MARCONDES, E. Pediatria, doutrina e ação. São Paulo, Sarvier, 1973. 398 p.

40. MARLOW, D.R. Enfermeria pediátrica. 4 ed. México, Intera
mericana, 1975. 828 p.
41. MARQUES, M.B. Notas sobre as tendências analíticas das
pesquisas em políticas de saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL
DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. Anais.
Florianópolis, UFSC, 1984. p. 78-85.
42. MENDONÇA, G.F. Ação educativa nos serviços básicos de sa
úde, In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
DA REGIÃO NORDESTE. Anais. Brasília, Ministério de Saú
de. Centro de Documentação, 1982. p. 9-14.
43. MENZIES, I.E.P. El funcionamiento de los sistemas sociales
como defensa contra la ansiedad. In: ——— & JAQUES ,
E. Los sistemas sociales como defensa contra la ansie
dad. 2 ed. Buenos Aires, Hormé, 1974. p. 53-122.
44. MINZONI, M.A. A função integrativa própria do profissio
nal de enfermagem. Enf. Atual, Rio de Janeiro, 4(14):10
-2, set/out. 1981.
45. NOWINSKI, A. & RIPA, J.C. La investigación en los hospi
tales. Educ. Med. Salud., Washington, 14(4): 355-70, nov.
1980.
46. OLIVEIRA, R.D. de & OLIVEIRA, M.D. de. Pesquisa social
e ação educativa: conhecer a realidade para poder trans
formá-la. In: BRANDÃO, C.R. Pesquisa participante. 2 ed.
São Paulo, Brasiliense, 1982. p. 17-33.
47. PERFIL: porque os menos desenvolvidos são os mais necessi
tados. Saúde do Mundo. Genebra: 30. jun. 1982.
48. PINTO, J.B. Ação educativa através de um método partici
pativo no setor saúde. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE
EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE. Anais. Brasília, Mi
nistério da Saúde. Centro de Documentação, 1982. p. 15-
19.
49. REZENDE, A.L.M. de. A enfermagem como prática social his
toricamente condicionada - o enfermeiro como intelectual
orgânico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36. Be
lo Horizonte, 1984. (apostila).
50. ROCHA, M.E. Desempenho da função (papel) do enfermeiro na
unidade de internação: estudo exploratório. In: CONGRES
SO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35. São Paulo, 1983. (apos
tila).

51. ROCHA, S.M.M. et alii. Características do saber da enfermagem profissional na área materno-infantil: análise de seu discurso. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 171-94.
52. ROGERS, C.R. Um jeito de ser. São Paulo, EPU, 1983. 156 p.
53. ————. Tornar-se pessoa. 5 ed. São Paulo, Martins Fontes, 1981. 360 p.
54. ————. Alguns novos desafios. In: ———— & ROSENBERG, R.L. A pessoa como centro. São Paulo, EPU/EDUSP, 1977. p. 165-84.
55. SANTOS, I.R. dos. Teoria do conhecimento e pesquisa social. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. Anais, Florianópolis, UFSC, 1984. p. 30-42.
56. SOBERON, G. & RIVERO, O. Um desafio e uma oportunidade. Saúde do Mundo, Genebra: 4-7, abr. 1984.
57. TEJADA-DE-RIVERO, D.A. A enfermagem nos cuidados de saúde. Saúde do Mundo, Genebra: 3-4, jul. 1982.
58. VALLE, E.R.M. do. Aspectos psicológicos da recreação infantil, educação permanente de enfermeiras pediátricas num modelo de pesquisa de ação participante. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, 1982. 182 p. (Dissertação de Mestrado).
59. VÁZQUEZ, A.S. Filosofia da práxis. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. 454 p.
60. WESTPHAL, M.F. Participação da mãe no cuidado da criança com asma brônquica. São Paulo, USP - Faculdade de Saúde Pública, 1982. 259 p. (Tese de Doutorado).
61. WILKINS, G.N. The role of the nurse in the admission of preschool children to hospital. Nurs. Res., New York, 1(1): 36-7, Jun. 1952.
62. YAARI, J.D. Pensar, sentir, querer: os 12 sentidos. São Lourenço, Pêricles Olives Cópias, 1983. 65 p.

SUMMARY

In this paper made up with a group of nurses from a governmental school hospital, the methodology used was that of the participating research, taking the praxis philosophy as a theoretic reference. The children hospitalization problem was discussed in the group throughout the principles of the democracy emphasising the admission. But other necessities and priorities arouse using the historical dialectical approaching. They will be studied continually. The critical analysis of the problem showed us that the nurses made a great progress, individually or as a group, in their view of the reality. They gained a more reflexive and critical class conscience despite until begining.

ANEXOS

ANEXO 1 - OBSERVAÇÕES DE ADMISSÕES E RESPOSTAS À PERGUNTA:

"O que você acha da admissão da criança?"

Primeira Observação

Comunicado a internação à enfermeira A às 16:00 horas. Criança chega às 17:20 horas, acompanhada dos pais e de um funcionário do Posto Médico de Internação (PMI).

Criança com 8 anos de idade; sexo feminino; suspeita diagnóstica de Tumor Ósseo; não consegue deambular sem apoio; sendo admitida para clínica ortopédica.

Enfermeira A fala aos pais no balcão de entrada, que terão que aguardar o médico porque ele não é da pediatria. Ela irá chamá-lo.

Enquanto os pais aguardam, entra o grupo médico da ortopedia para corrida de leito habitual e o residente diz aos pais que deverão aguardá-lo.

Enfermeira A leva a mãe para dar banho na criança, oferece-lhe roupa da pediatria e explica-lhe como funciona o chuveiro.

Mãe cuida da filha com delicadeza; conta-me que vieram de longe, da Bahia e que precisava tomar banho de as sento, uma vez que viajou o dia inteiro (mais de 24 horas se guidas).

Enfermeira A conversa com o pai, tentando descobrir para onde irão após internarem a criança. Encaminha a mãe a outro chuveiro para tomar banho.

A criança é levada para a enfermaria e assentada na cama. Enfermaria com mais 3 crianças lactentes. Criança com fâcies triste, respondendo baixinho ao que lhe é perguntado pela auxiliar.

Auxiliar de enfermagem a coloca-lhe o termômetro; pergunta-lhe delicadamente, qual a perninha que dói; faz anotações no prontuário. Diz à criança que quando precisar fazer cocô ou xixi deve pedir-lhe para ajudar-lhe a ir ao banheiro.

Criança permanece assentada na cama e não aceita o convite da auxiliar a para deitar-se. Vê a televisão pelo visor, na outra enfermaria e mostra interesse em ir ver.

A auxiliar percebe seu interesse, pergunta - lhe se quer ir lá, oferece-lhe os chinelos e ajuda-a a caminhar

atē a outra enfermãria, deixando-a lã, assentada.

Mãe entra na enfermãria e diz ã auxiliar a, mos trando-se bastante contente, que a enfermeira disse-lhe que poderã visitar a filha todos os dias.

Enfermeira A comenta comigo que estã preocupada com os pais; arranjou-lhes jantar e agora não sabe como farã para dormir pois a assistente social neste horário não estã mais para providenciar abrigo para os mesmos. Disse ter providenciado a admissã da criança, sem o exame mēdico, porque sabe que o residente vai demorar e os pais jã esperaram muito.

Enfermeira A faz toda parte burocrãtica da admissã: a abertura do prontuãrio, registro no livro; porē m não elabora o plano de cuidados de enfermagem.

Plano de cuidados elaborado pela enfermeira do plantão noturno apōs prescriçã mēdica:

Diagnōstico: Tu ōsseo

Prescriçã: Dieta

Sinais vitais

Nã forçar a perna para deambular

Anotar eliminaçōes

Segunda Observaçã

Pedido vaga ã enfermeira B ãs 13:00 horas, para uma criança infectada por Pseudomonas e que precisava isolamento. ãs 14:30 horas chega a criança, acompanhada pela tia e de um auxiliar de enfermagem do PMI.

Criança de 4 anos; sexo feminino; proveniente de outro hospital; em pōs-operatōrio de obstruçã intestinal; infectada; colostomizada; estado geral precãrio. Veio para se submeter ã nutriçã parenteral. Chega em cadeira de rodas, em soroterapia. Com fãcies triste e desconfiada; olhar alerta e atento.

É recebida pela mēdica residente e pela enfermeira B, que não falam com a criança nem com a acompanhante. É levada em silēncio, atravēs do corredor, atē a enfermãria. Hã dificuldade para se colocar a criança no berço por suas prōprias condiçōes (sutura de uns 15 cm no abdome, com sinais de infecçã, drenando; com bolsa de colostomia; reagin-

do ã manipulação por causa de dor) e também porque, no momento, está faltando roupa de cama na unidade.

Enfermeira B bombeia o equipo de soro (obstruído por refluxo de sangue) e pergunta ã criança se dõi.

Criança olha apavorada tudo que ẽ feito ao seu redor.

Residente chega e pergunta ã enfermeira se vai precisar da acompanhante e esta responde que ela sõ precisa passar no serviço social, apenas.

Sai a acompanhante e a criança chora copiosamente chamando por ela.

Enfermeira B diz: "Ela não poderá ficar com você não, filha", de forma bastante impessoal.

Criança continua chorando, com olhar apavorado.

Enfermeira B providencia vidro para controle de diurese, entra e sai da enfermaria, criança continua chorando e ela nada diz. Traz ãgua e leite, mas a criança não aceita.

Residente examina a criança; volta a acompanhante.

Enfermeira, no corredor, se dirige a ela e diz-lhe que "se quiser pode ficar com a criança porque ela ficará no isolamento e ã ẽ permitido. Se puder vai ser muito bom." Não dá outras explicações.

Entra a auxiliar de enfermagem b; abre o prontuário, verifica sinais vitais; pergunta como a criança se chama, sem dirigir a ninguém, especificamente, a pergunta; preenche o cabeçalho do prontuário.

19:00 horas - Criança no leito já arrumado, feito curativo abdominal, já com prescrição médica.

Plano de cuidados elaborado pela enfermeira B:

Sinais vitais - Dieta
Trocar bolsa de colostomia

RESPOSTAS Ã PERGUNTA:

"O que você acha da admissão da criança?"

Enfermeira A

Vê a admissão como quebra do relacionamento mãe-filho, numa situação de doença. E isso é muito traumatizante, mais para a criança que para a família.

Para a criança vai mudar toda sua rotina de vida, ambiente estranho...

Se preocupa em mostrar o banheiro, copa etc. para a criança maior. Mas acha que isto não é uma preocupação de todos.

Em relação à mãe acha que precisa conversar mais, obter mais informações sobre a criança, seus hábitos etc. E isso seria na admissão. Conta com exemplos de crianças com hábitos diferentes e que são descobertos depois. Em outro hospital fazia isso e sentia como era importante.

Para a criança vê muitos problemas. Começa dando exemplos de crianças que não se adaptam ao hospital, choram tanto que a mãe tem que vir ficar com elas.

Os problemas vão variar segundo o tempo de internação. Quanto mais tempo, acha que maiores serão os danos.

Fala ainda dos planos de cuidados de enfermagem que são *vergonhosos*; acha que são apenas transcrição de prescrições médicas. Acha que precisam melhorar muito e acha as colegas despreparadas para isso.

Enfermeira B

Responde que se preocupa em saber a doença; quer saber o diagnóstico da criança; gosta de conhecer a criança (menciona temperatura e peso) para estabelecer sua conduta.

Quanto ao emocional sabe que a criança chora mas, no momento, suas preocupações são outras e mais prioritárias (arranjar leito, providenciar isto, aquilo) e acha difícil fazer alguma coisa.

Quanto à família, conversa com ela, informa sobre horário de visita, normas do hospital; gosta de dar estas informações.

Auxiliar de enfermagem a

Acha que o melhor é receber bem a criança; dar

apoio, conversar com ela; mostrar que pode se sentir em casa.

Se isto não acontece, a gente vê estas crianças que ficam tristes, deprimidas e pensa que é da doença. Mas, não é; ela não está se sentindo à vontade, apoiada. Fala por experiência própria. Quando foi internada começaram a lhe tratar melhor quando descobriram que era auxiliar de enfermagem e isto ela não aceita. Acha que são desumanos com os doentes. Todos precisam ter o mesmo tratamento.

Quanto às mães, acha que precisam de apoio; de serem bem tratadas. Tem aquelas que amolam, mas entende seus motivos; não tem problemas com elas.

Tem crianças que, além da doença, se percebe que são maltratadas. Tratando bem as mães, elas aprenderão a dar mais carinho a estas crianças.

Auxiliar de enfermagem b

"Vai ser difícil responder. A admissão é feita de uma forma tão mecânica; a gente faz tantas que entra na rotina".

Diz que se a gente conversa com a criança quando chega, ela nos aceita muito melhor e, mesmo em relação à mãe, se a gente conversa com ela, ela cria coragem para chegar e nos perguntar as coisas.

Sente muito isto; às vezes, a mãe diz que a auxiliar é muito séria e isto é apenas porque ela não conversou com ela quando a criança internou. A auxiliar fez tudo calada; sem dizer nada; sem explicar o que estava fazendo. Isto causa medo e a pessoa fica inibida.

ANEXO 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA FEITA COM OS ENFERMEIROS

1 - Características pessoais:

Tempo de formada

Tempo de trabalho em Pediatria

Curso de atualização nos últimos 2 anos

2 - O que você pensa da hospitalização da criança?

Por que?

3 - O que você pensa da atuação da equipe hospitalar na hospitalização da criança?

Por que?

4 - O que você pensa que se poderia fazer em relação à hospitalização da criança?

Por que?

5 - Como você percebe a mãe e a criança hospitalizada?

6 - Como você se percebe na equipe em que trabalha?

ANEXO 3 - RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS FEITAS NA ENTREVISTA:

I. O que você pensa da hospitalização da criança?

Nas respostas encontradas as enfermeiras:

1- QUALIFICAM A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

- quanto à separação mãe-filho:

- . A hospitalização eu acho uma coisa violenta; uma agressão que se faz à criança, pela separação mãe-filho.
- . Acho muito dura esta separação mãe-filho, tanto para a mãe quanto para a criança.
- . Acho a hospitalização muito dolorosa para a criança, pela separação da mãe. Mas, tem crianças que se sentem muito melhor no hospital que em casa.

- quanto ao ambiente estranho:

- . A hospitalização da criança é um negócio muito traumatizante para ela, porque vai haver uma quebra, uma retirada de sua família, de seu ambiente.
- . Penso que a hospitalização não é uma boa para a criança, porque o ambiente é completamente diferente, é tudo imitado, tem horário pra tudo, a criança só vê coisas tristes. Por isso deve trazer algum trauma que, futuramente, pode trazer algum problema para a criança.

- quanto à falta dos pais:

- . Acho que é difícil pra criança porque ela sente falta dos pais.

2- EXPLICAM A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

- porque ocorre:

- . A gente percebe que a mãe quer que a criança fique no hospital ... talvez seja mais fácil pra ela. Muitas vezes está precisando mesmo é de ser orientada sobre como cuidar da criança, mas, pra ela, internar a criança é que é o mais importante.

- a reação dos pais:

- . Tem uns pais que se importam muito com a internação do fi-

parecem que estão arrumando alguém para tomar conta pra eles ficarem livres, descansados.

3- SÃO CONTRA A HOSPITALIZAÇÃO

- A hospitalização deve ser evitada ao máximo porque é um trauma para a criança; prejudica a parte emocional; cada criança reage de uma forma.
- Acho que a criança só deve se internar em último caso. É uma pena ficar internada porque prejudica a parte emocional e a formação dela. Ela quer colo e aqui nós não temos condições de carregá-la.
- A internação da criança é contra-indicada porque vejo que em Pediatria o risco de infecção cruzada é maior.
- O ideal seria tratar a criança em casa; só em último caso deveria internar.

II. O que você pensa da atuação da equipe hospitalar na hospitalização da criança?

As enfermeiras fazem avaliações:

1- Positiva

- A atuação da equipe na hospitalização da criança é excelente; elas se preocupam com a dieta, em dar uma medicação, com a evolução do paciente...
- As auxiliares de enfermagem dão uma boa assistência emocional às crianças; dão colo, deixam-nas ficarem de mãos dadas umas com as outras; elas compreendem as crianças. A equipe médica atende bem a criança, vendo-a de uma maneira global.

2- Positiva condicional

- Acho que as auxiliares e enfermeiras têm atuado relativamente bem, porque, pelo menos, recebem a criança e procuram apresentar a sala de recreação, explicar o porque a criança está internando ... não são todas, tem algumas que procuram já de início fazer uma contenção da criança.

- Acho a atuação da equipe muito boa: a enfermagem, a médica, a assistente social, todos se interessam por todos os casos, mas... sempre pode melhorar, né?

- Acho que a atuação da equipe é boa porque todos tem cari-

nho, compreendem a criança. Mas vejo que é a auxiliar de enfermagem que está atuando mais. Ela faz injeção, dá medicamento, banho... mas nem sempre está preparada para cuidar da criança como deveria.

3- Negativa

- Acho que falta na atuação da equipe na admissão da criança ... falta mais é tempo pra dar aquela palavra com um com outro... está faltando um pouco mais de atenção, mais orientação pra mãe, pra família e pra criança maiorzinha.
- As especialidades médicas deixam a criança mal assistida. Às vezes, três dias sem uma avaliação.
- Acho que eles lidam muito friamente com a criança. Em meu horário eu não tenho condições para fazer melhor... você não dá um afeto, não dá pra pegar no colo. Faz falta esse contato.
- Acho importante a atuação da equipe para diminuir o trauma da admissão porque, a criança, muitas vezes, é internada sem nenhum preparo feito pelos pais. Mas aqui é tudo muito corrido, as pessoas não estão atentas para observar este tipo de coisa não. Acho a admissão da criança muito rápida, técnica e mecânica demais.

III. O que você *pensa* que se poderia fazer em relação à hospitalização da criança?

1- Atuação da enfermagem

- Que fosse feito um trabalho com a mãe para que ela pudesse promover a adaptação da criança no hospital.
- A enfermeira deveria liderar mais as auxiliares para o cuidado das outras crianças e permanecer um pouco mais com a criança e a mãe na admissão.
- A pessoa que recebe a criança deveria atuar de forma mais intensa neste primeiro contato, conversando com a criança, deixando-a falar, mostrando-se amiga...
- Seria importante o contato da mãe com o pessoal de enfermagem conversando com ela para diminuir um pouco sua ansiedade.
- A gente deveria ter enfermeiras que gostassem e se interessassem pela Pediatria.

a si própria para humanizar mais a internação da criança. Como faria este preparo nosso e do pessoal para receber a criança eu não sei.

- Acho que seria bom aquela admissão que nós aprendemos... o processo de enfermagem, prá gente tirar mais dados que, normalmente os médicos não tiram.
- Com as crianças maiores deveria conversar com elas bastante, porque elas sentem esta falta; elas entendem. Ninguém explica nada; elas ficam muito inseguras.

2- Aperfeiçoamento para a enfermagem

- Acho que uma orientação p'rás auxiliares e p'rã gente seria bom. Estamos precisando de uma orientação maior sobre um cuidado, uma melhoria no trabalho... um curso sobre coisas que já sabemos, um aperfeiçoamento.
- Seria muito bom um curso de atualização em Pediatria.
- Deveria ter um curso de como cuidar de criança, como atender a criança, como compreender os anseios da criança.

3- Educação para a saúde para os pais e comunidade

- A educação para a saúde é uma coisa que a gente pode fazer dentro do hospital com a criança hospitalizada, com os pais e depois com a comunidade toda onde vivem. Isto para evitar um maior número de internações da criança.
- As mães também poderiam receber educação para a saúde com reuniões nos horários de visitas, tanto no hospital quanto no ambulatório.
- Seria importante a conscientização das mães que nem tudo é necessário internar a criança. Seria um trabalho feito pela enfermeira, partindo já do ambulatório.

4- Assistência educacional para as crianças

- Acho muito importante a assistência educacional para o desenvolvimento motor e do raciocínio da criança.
- É necessária uma educação para a saúde para a criança porque ela interna com píssimos hábitos. Para isso precisaria um treinamento para o pessoal.

5- Permanência da mãe na admissão

- Gostaria que a mãe permanecesse um pouquinho mais (1-2 ho-

soal de enfermagem.

6- Mudança administrativa

- Para que a hospitalização fosse mais correta, a gente teria que intervir em todos os setores implicados na admissão da criança, desde o protocolo, Posto Médico de Internação, na unidade, os residentes... todo mundo teria que estar preparado.

7- Recreação

- Acho que falta muito é recreação para as crianças; elas não têm o que fazer, poucos brinquedos, não tem uma orientação ...

8- Visão global da criança

- ... encaminhamento para outras especialidades para atender a todas as necessidades da criança.

9- Favorável à internação conjunta

- A internação conjunta deveria ser implantada em todas as Pediatrias para ver se diminui o número de internações.

10- Recursos humanos

- Acho que deveriam dar mais condições à gente para darmos melhor assistência à criança (pessoal em quantidade e qualidade).

IV- Como você percebe a mãe e a criança hospitalizada?

1- COMPORTAMENTO MATERNO

a- Mães em geral

- Na maioria, as mães ficam muito ansiosas, dependendo da doença do filho.
- Percebo algumas mães muito ansiosas e transmitindo aquela ansiedade p'ros filhos.
- A mãe, às vezes, tem um comportamento favorável, compreende a situação da doença e aceita os traumatismos pelos quais a criança está passando. Outras vezes, apresenta um comportamento negativo, uma atitude de superproteção e prejudica a recuperação da criança.

das, estressadas com o problema da criança, outras são desligadas e nem prestam atenção ao que você diz.

- A maioria das mães não se preocupa muito com o fato de estarem internando a criança.

b- Mãe acompanhante

- A gente tem deparado com mães bastante ansiosas mas, se elas têm um contato permanente com o pessoal do hospital podem perguntar o que quiserem.
- As mães estão muito estressadas na internação conjunta por causa das condições que lhes estão sendo oferecidas.
- A maioria das mães ajudam muito e fazem tudo para não atrapalhar o trabalho da enfermagem. Mas tem aquelas que estão com a parte emocional abalada e até atrapalham o tratamento do filho.
- Elas ficam reclamando pela mínima coisa; parece que querem repor o que faltou pra criança quando estava sã. Não estão preparadas para a internação conjunta.

c- Mãe visitante

- Elas não sabem o que aconteceu com a criança, não tem liberdade de perguntar e não tem contato com o pessoal que dá assistência. Acho que dá mais insegurança.
- A gente observa que as mães brigam muito por cuidados que elas mesmas, geralmente, não dão aos filhos.

2- COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

a- Em geral

- Todas as crianças sentem muito, choram muito; a princípio não se alimentam direito. Você percebe claramente que ela sente muito a separação.
- Eu percebo que a criança é bem mais sensível que o adulto; ela tem medo de várias coisas.
- A criança, eu acho que vai ter insegurança mesmo, está afastada do ambiente domiciliar; a criança tem medo.
- Eu ainda não consegui chegar a uma conclusão; tem crianças que se comportam de uma forma ou de outra que eu não consigo saber o que é melhor.

b- Criança com a mãe

- As crianças da internação conjunta são menores e não dá pra perceber muita coisa da criança pequena. Dá pra perceber sobre aleitamento materno, a mãe está junto da criança, para a criança é bom.
- A criança que está com a mãe dá mais trabalho; ela quer chamar a atenção.

c- Criança sem a mãe

- A criança que não está com a mãe é mais dócil; aceita tudo que a enfermagem vai fazer; é mais maleável.

3- MANUTENÇÃO DO RELACIONAMENTO MÃE-FILHO

- Eu percebo como uma coisa maravilhosa não havendo separação das duas (mãe e criança).

V- COMENTÁRIOS SOBRE INTERNAÇÃO CONJUNTA

- A internação conjunta é ideal apesar de incomodar muita gente, por causa da fiscalização da mãe que exige mesmo!
- De modo geral, as pessoas estão mais contra que a favor. As que aceitam melhor são aquelas que, normalmente, já prestam bons cuidados à criança. Colegas nossas não estão aceitando bem, não cooperam e acham que o serviço vai apertar mais com a mãe acompanhante.
- ... tem muita mãe fofqueira.
- A internação conjunta é importante para ver se diminui o número de internações, porque a mãe estando junto a recuperação da criança é mais rápida e ela aprende a cuidar da criança em casa; vai ajudar a diminuir o número de internações e vai evitar um pouco de hospitalismo.
- Com a mãe acompanhante a gente acha que o tempo de hospitalização pode ser bem abreviado e a recuperação da criança bem melhor, porque a criança passa a receber os cuidados médicos e de enfermagem sem o fator ansiedade presente.
- A internação conjunta tem seus pontos positivos e seus pontos negativos. No momento está negativíssimo, uma coisa horrível. Talvez pelas condições ruins oferecidas, as mães estão estressadas, cansadas, nervosas mesmo!

- Como positivo vejo a continuidade mãe-filho. É bom para a criança ver a mãe ali; é bom pra mãe ver o que a gente faz, como a gente cuida de seu filho; é bom até para ela aprender a cuidar da criança e ver como é importante não deixar adoecer.
- Dou a maior força à internação conjunta porque percebo a necessidade da mãe ficar para manter o relacionamento íntimo mãe-filho.
- A gente está vendo que é ótimo pra criança; ela se sente mais alegre, mais protegida, como se estivesse em casa. Pra gente não foi tão bom porque a mãe exige mais um pouquinho.
- A internação conjunta está contribuindo na melhor adaptação da criança no hospital, apesar de que foi instalada para aumentar o número de leitos.
- A internação conjunta é uma coisa muito importante para a recuperação da criança, a presença da mãe ajuda o estado emocional da criança e contribui na recuperação física, diminui os traumas, os choques.
- A internação conjunta é boa porque a criança se sente protegida com a mãe perto dela. Agora tem mães superprotetoras que prejudicam a criança.

ANEXO 4 - ROTEIRO PARA ADMISSÃO DA CRIANÇA

PEDIATRIA - 8º andar

FICHA DE ADMISSÃO - ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome	Idade
Apelido	Escolaridade
Leito	I.D.

II- DADOS DA ADMISSÃO

Data	Hora
Procedência	

A criança já esteve hospitalizada antes? - Motivos:
Apresentou algum problema em relação à hospitalização?
A mãe e a criança sabem o motivo da internação?
Como a criança reagiu?

III-CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

- Comunicação:

A criança já fala? - Tem boa expressão verbal?
Como expressa necessidades de alimentação e eliminações?

- Deambulação

- Hábitos de sono:

A criança tem algum hábito especial para adormecer?

- Hábitos de eliminações:

Intestinal	Características
Urinário	Frequência
Enurese noturna?	Usa fraldas?

- Hábitos de alimentação:

Preferências alimentares
Alimenta-se sozinho?
Usa mamadeira? Copo? Colher?

IV- OUTRAS INFORMAÇÕES

Usa chupeta?

Chupa dedo?

Alergias

Outros problemas identificados:

V - ASPECTO FÍSICO

Higiene pessoal

Condições da pele

Defeitos físicos

Couro cabeludo

Olhos

Boca

Dentes

- Rede venosa

- Musculatura

Ouvido

Nariz

Genitália

VI- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM