UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

DO FAZER AO PENSAR: QUE AUTONOMIA?

DINÂMICA DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ROSA MARIA DOS SANTOS MOREIRA GALHARDO

PORTO, 2004

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

DO FAZER AO PENSAR: QUE AUTONOMIA?

DINÂMICA DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem sob orientação de
Mestre MARIA VITÓRIA BARROS DE CASTRO PARREIRA

PORTO, 2004

"Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal."

Kant[*]

[*] Kant – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes, p. 93-94.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Mestre Maria Vitória Barros de Castro Parreira, pelo desafio em aceitar a orientação desta dissertação, pela pertinência das suas observações e pelo estímulo ao longo da sua realização.

Aos Enfermeiros que participaram neste estudo, pelo interesse e colaboração que manifestaram, e pelo contributo imprescindível à colaboração deste trabalho.

Ao Conselho Directivo da instituição onde foi realizado o estudo, pelo acolhimento e facilidades concedidas.

Ao Gil e minha Mãe pela paciência, compreensão e apoio que me proporcionaram, e principalmente à Sofia, pelos momentos em que ficou privada da minha atenção e presença.

A todos os colegas e amigos que me apoiaram nas horas de desânimo e que me ajudaram a construir este projecto, possibilitando que hoje tenha chegado aqui.

A todos a mais profunda gratidão.

SIGLAS/ABREVIATURAS

CEE – Comunidade Económica Europeia

CESE – Curso de Estudos Superiores Especializados

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPR – Observação – Participação – Reflexão

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RESUMO

No presente trabalho pesquisaram-se os significados/processos que no pensamento, acção e condições sociais possibilitam aos enfermeiros interpretar, o uso que fazem da autonomia profissional na dinâmica das suas práticas. Para prosseguir a nossa pretensão tomámos como objecto de estudo a via da desconstrução das dimensões que atravessam o constructo que suportam as práticas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, utilizando a observação participante segundo o Modelo de Leininger (OPR) e a análise do discurso das entrevistas semi-estruturadas segundo o Modelo de Spradley. Este estudo qualitativo, de orientação etnográfica, na vertente da etnoenfermagem, orientou-se em torno do seguinte objectivo: Compreender os significados da autonomia profissional na dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Tem como problema em estudo, a questão -Que significados explícitos, manifestos ou latentes tem a autonomia na prática dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, na sala de partos de um hospital especializado? Da análise temática emergiu um tema que constitui o eixo central dos resultados do estudo: *A autonomia depende da vontade individual*, que indica a concepção que os enfermeiros têm acerca da autonomia nas suas práticas. Trabalham num clima que não dificulta o seu desenvolvimento; são autónomos na escolha do método de trabalho; reconhecem que trabalham num campo de intervenção que lhes permite agir com autonomia; o trabalho em equipa é um garante da sua autonomia, embora identifiquem os factores que podem ser condicionantes. Consideram que a *"vontade"* é fundamental e está inerente a todo o processo para assegurar o desenvolvimento da autonomia profissional. Trazer a autonomia das "parteiras"à pesquisa e identificar as suas posições nas práticas e no discurso foi o contributo deste trabalho, cuja posição comprometida com novos, ou outros sentidos, procura fornecer subsídios que ajudam à compreensão das relações de poder que informam as práticas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com vista à tomada de posições mais favoráveis ao desenvolvimento das práticas com autonomia e rumo ao apoio incondicional de cuidados de qualidade, como o factor determinante do seu reconhecimento.

ABSTRACT

In this work, we searched the meanings/processes that allow nurses to interpret in thought, action and social conditions, the use that they make of their professional autonomy at their practices. In order to make our intention possible, we assumed as our subject of study, the way of the deconstruction of the dimensions which cross the construct that bear the practices of the obstetrics and mother health specialised nurses, using the participative observation according to Leininger's model (POR) and the analysis of semi-structured interviews, according to Spradley's model. This qualitative study, which had an ethnographic orientation, referring to ethnonursing, was done around the following objective: to understand the meanings of professional autonomy in the practices of the obstetrics and mother health specialised nurses. Its' main point was to study the following question: which explicit, manifest, or latent meanings do their professional autonomy have, in delivery rooms of specialised hospitals? From this thematic study, it emerged a specific theme, which became the focus of our study results: «Autonomy, it depends on individual will», which indicates the concept that each obstetrics and mother health specialised nurse has of their own autonomy at work. They work in an environment which does not make their development difficult; they are free to choose their own work method; they recognise that they work at a field of intervention that allows them to work with autonomy; and although teamwork is essential for the autonomy, they identify some conditioning factors. They consider *"Will"* to be fundamental and necessary to ensure the development of their professional autonomy. The contribute of this search was to study the autonomy of "midwives" and to identify their positions in their practice and their speech. The study, which was engaged with new and other ways, tries to give contributes that help understand the relations of power which inform the practices of these specialised nurses, expecting that helpful actions to the development of professional autonomy are taken, as well as to the unconditional support of quality care, as a determining sign of their recognition.

ÍNDICE

pág

INTRODUÇÃO

I PARTE – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1- PRÁTICAS E CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO 18

2- CUIDAR HOJE EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA 30

3- CULTURA ORGANIZACIONAL 40

3.1- O LUGAR DA CULTURA DE ENFERMAGEM 47

4- PROFISSÃO E AUTONOMIA 60

II- PARTE – DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

1- OPÇÕES METODOLÓGICAS 73

2- SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO 78

3- LOCAL DO ESTUDO 79

4- PROCESSOS DE RECOLHA DE DADOS 82

4.1- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE 83

4.2- ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS 90

5- PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS 94

6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 97

7- RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO 99

III-PARTE – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1- ANÁLISE, DESCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOMÍNIOS CULTURAIS 102

2- ANÁLISE DE TEMAS 153

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES 157

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 *Representação gráfica do clima/cultura*	46
Figura 2 *DOMÍNIO CULTURAL 1- Tipo de condições expressas pelos enfermeiros para considerar a enfermagem uma profissão autónoma*	102
Figura 3 *DOMÍNIO CULTURAL 2- Formas dos Enfermeiros definirem a autonomia nas práticas*	104
Figura 4 *DOMÍNIO CULTURAL 3- Formas consideradas pelos enfermeiros para garantirem a autonomia nas suas práticas*	107
Figura 5 *DOMÍNIO CULTURAL 4- Razões para os enfermeiros considerarem a cultura organizacional facilitadora da autonomia nas suas práticas*	112
Figura 6 *DOMÍNIO CULTURAL 5- Razões para os enfermeiros considerarem o método de trabalho individual facilitador da autonomia nas suas práticas*	114
Figura 7 *DOMÍNIO CULTURAL 6- Tipo de comportamentos que os enfermeiros consideram ser sinónimos de autonomia*	118

Figura 8 120

DOMÍNIO CULTURAL 7- Resultados expressos pelos enfermeiros pelo facto de desenvolverem as suas práticas com autonomia

Figura 9 123

DOMÍNIO CULTURAL 8- Tipo de práticas que os enfermeiros desenvolvem com autonomia na sala de partos

Figura 10 124

TAXONOMIA 1- Tipo de práticas que os enfermeiros desenvolvem com autonomia na sala de partos

Figura 11 125

DOMÍNIO CULTURAL 9- Tipo de representações do cuidar expresso pelos enfermeiros que é parte integrante da autonomia nas suas práticas

Figura 12 128

DOMÍNIO CULTURAL 10- Formas de preparar o casal para o parto que os enfermeiros consideram parte integrante da autonomia nas suas práticas

Figura 13 133

DOMÍNIO CULTURAL 11- Razões para os enfermeiros não assumirem a autonomia na preparação do casal para o parto

Figura 14 135

DOMÍNIO CULTURAL 12- Tipos de intervenções que os enfermeiros desenvolvem com autonomia durante a vigilância que fazem do trabalho de parto

Figura 15 139

DOMÍNIO CULTURAL 13- Tipo de intervenções que os enfermeiros consideram desenvolver com autonomia durante a realização do parto normal

Figura 16 142

DOMÍNIO CULTURAL 14: Razões dos enfermeiros para não assumirem a realização do parto normal

Figura 17 145

DOMÍNIO CULTURAL 15- Tipo de intervenções que os enfermeiros desenvolvem com autonomia ao recém-nascido

Figura 18 147

DOMÍNIO CULTURAL 16: Razões para os enfermeiros terem pouca autonomia na assistência ao recém-nascido

Figura 19 150

DOMÍNIO CULTURAL 17- Tipo de intervenções mais significativas que os enfermeiros consideram desenvolver com autonomia nas suas práticas

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem, em geral, e de uma forma particular a intervenção da parteira, sofreu mutações sob os desígnios dos tempos e culturas e determinismos sociais, que de acordo com as suas convicções a levou a ultrapassar as barreiras que se colocaram ao seu desenvolvimento e hoje, é consensual, que apesar do caminho árduo numa história não menos tumultuosa, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), têm tudo o que é preciso para no contexto da profissão serem considerados profissionais com actividades bem definidas, rumo a exercer os seus cargos com a autonomia que a legislação em vigor lhes confere. Neste contexto, ocorreram mudanças significativas na profissão que, de certa forma, podem interferir na autonomia dos enfermeiros. As organizações complexas, como é o caso dos hospitais, podem interferir ou influenciar a dinâmica de trabalho dos seus profissionais. No espaço de trabalho, onde naturalmente os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional, partilhando-a com outros actores, transparece frequentemente como nos fazem reflectir Vala et al (1995), complexas formas de relações interpessoais, onde o exercício do poder pode sobressair e onde os enfermeiros podem sair duma forma menos vantajosa.

Bueno e Queiroz (2003) consideram que o hospital é "monopolizado" pela profissão médica, através da tecnicidade de suas acções e métodos e consideram que é constituído por vários grupos profissionais que actuam no seu núcleo de competências com o seu conhecimento específico. Por isto o hospital é um espaço onde é permitido o exercício do poder, em que cada grupo de profissionais, utilizando estratégias próprias, negoceiam o seu próprio espaço para se estabelecerem enquanto sujeitos de suas acções.

Sempre sentimos uma inquietude e até uma certa rebeldia, relativamente às práticas dos enfermeiros, principalmente no que se refere à autonomia no

desenvolvimento das suas práticas. Estes sentimentos têm origem ao longo da nossa vida profissional no confronto com situações do contexto de trabalho onde exercíamos, que de alguma forma iam interferindo ou influenciando o desenvolvimento da nossa própria autonomia. O interesse pelas práticas dos enfermeiros especialistas em ESMO surge, após a nossa especialização nesta área. A percepção de que esta é uma especialidade que garante aos enfermeiros uma perspectiva autónoma de intervenção inigualável a qualquer outra especialidade em enfermagem; e a existência de uma Directiva Comunitária 80/155/CEE (Comunidade Económica Europeia), que coordena as disposições legislativas, regulamentadas e administrativas do acesso às actividades nesta área, dava-nos uma clara segurança e até, porque não dizer, um certo orgulho profissional.

No exercício profissional como enfermeira especialista nesta área, numa unidade de puerpério, sentimos que foi possível assumir a autonomia nas práticas que desenvolvíamos, mais plenamente, do que quando não tínhamos a especialidade. De igual modo, sentimos ganhar o respeito de outros profissionais da equipa multidisciplinar, e em contrapartida sentimos as responsabilidades aumentar significativamente. Este exercício ocorria, tal como supõe Chiavenato (1987), em espaços de inter-relação multidisciplinar, onde surgiam múltiplas estratégias de negociação com os outros, para participar nas tomadas de decisão.

O trabalho dos enfermeiros especialistas em ESMO, numa sala de partos, é na nossa perspectiva, muito mais visível que em qualquer outro espaço de trabalho onde normalmente desenvolvem funções. Noutras áreas, como puerpério ou vigilância pré-natal, é comum haver outros enfermeiros não especialistas que trabalham em conjunto com os enfermeiros especialistas, não se distinguindo as diferenças nas intervenções que desenvolvem. Numa sala de partos tem sido mais frequente, só a presença de enfermeiros especialistas em ESMO, principalmente devido às características das intervenções que aí se desenvolvem, para as quais um enfermeiro que não é especialista não tem formação própria. Assim, considerávamos que neste espaço de trabalho a autonomia era mais evidente que em qualquer outro, e

também pela protecção legislativa do exercício profissional, condições que para nós eram suficientes na determinação da autonomia na prática da enfermagem obstétrica.

Contudo, parecia-nos existirem barreiras ao desenvolvimento desta autonomia, as quais não conseguíamos clarificar. Haviam verbalizações de outros enfermeiros especialistas em ESMO, que referiam existir dificuldades no exercício profissional, em outras instituições onde era travada uma luta constante pela garantia da autonomia, principalmente na realização do parto, na realização de episiotomia e episiorrafia.

A luta pela autonomia profissional da enfermagem tem vindo a intensificar-se na última década. Sobre a questão, existem várias reflexões de enfermeiros e outros profissionais ligados à área, em publicações periódicas, em que todas elas assentam em aspectos comuns, como a necessidade de mostrar a insubstituibilidade da prática de enfermagem e reconhecimento social (Colliére, 1990; Catarino, 1993; Lopes, 1995, 1998; Neves, 2000; Silva, 2000). Contudo, pouco se sabe acerca do que tem sido feito para colmatar esta situação ou para compreender a persistência destas preocupações. Apesar de sentirmos o mal-estar geral acerca da autonomia na profissão de enfermagem, não nos revíamos pessoalmente nas explicações que encontrávamos. Por um lado, não conhecíamos relatos acerca das preocupações dos enfermeiros especialistas em ESMO, e tínhamos a percepção que a sua autonomia nunca tinha sido colocada em causa. Sobre o que acabámos de referir, salientamos o facto da Directiva Comunitária 80/155/CEE estar transposta para o direito interno Português, o que prova o reconhecimento legal respeitante à correspondente actividade profissional.

Partilhamos da opinião de Usuelli (1989) quando refere que o enfermeiro especialista em ESMO foi sempre representado como figura de apoio à mulher neste momento particular da sua vida: a maternidade. Mesmo com a medicalização do parto, com a tendência em reduzir o nascimento a um acontecimento da biologia reprodutiva, submetido a intensos controlos bioquímicos e biofísicos, o seu papel continua a ser importante, o qual é feito

de partilha e de acompanhamento da mulher no trabalho de parto e parto. Para isso, é importante que se quebre a tendência para ver a gravidez e o parto como acontecimentos meramente médicos e biológicos, o que poderá levar à discussão sobre o papel dos enfermeiros especialistas em ESMO.

Tendo em conta esta problemática, propomo-nos estudar sobre a autonomia na dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em ESMO, para compreender qual o verdadeiro significado da autonomia profissional no desenvolvimento das suas práticas. Assim, no nosso estudo surge a seguinte questão: Que significados explícitos, manifestos ou latentes tem a autonomia na prática dos enfermeiros especialistas em ESMO, na sala de partos de um hospital especializado?

Não foi fácil decidir como investigar este problema e sabíamos que não bastava observá-los no seu contexto de trabalho e ver se tinham ou não autonomia nas suas práticas. Isto poderia tornar-se demasiado subjectivo, interpretado somente aos olhos do investigador. Saber o que pensam sobre aquilo que fazem poderia ser a chave certa para abrir o conhecimento e a compreensão acerca dos significados da autonomia profissional na dinâmica das suas práticas, dando principal relevo às interpretações e aos significados que os próprios lhes atribuem. Neste sentido, o nosso estudo foi dirigido para uma metodologia qualitativa, a qual permitiria estudar os significados que atribuem à autonomia profissional no contexto das suas práticas (Lessard-Hebert,2000). Assim, conhecer de perto o que fazem os enfermeiros especialistas em ESMO numa sala de partos, infiltrando-nos no seu espaço de trabalho, para compreender como desenvolvem a sua autonomia no contexto das suas práticas, permitia obter respostas fidedignas. Não só conhecer a dinâmica real das suas práticas, mas também conhecer o que pensam sobre a sua autonomia na prática e que mecanismos desenvolvem na prática no sentido de garantir essa autonomia. Tudo isto levou-nos a acreditar, que por este caminho poderíamos obter as respostas acerca destas questões, duma forma mais fidedigna confrontando a realidade do discurso com a acção.

O estudo encontra-se estruturado em três partes. De forma a delimitar o objecto de estudo, sentimos necessidade de construir progressivamente alguns pressupostos teóricos, os quais constituem a primeira parte do nosso trabalho. Assim, no primeiro capítulo estão presentes algumas considerações relacionadas com a própria evolução das práticas e contextos que as determinaram.

Sempre sentimos sobre nós o peso de um passado longínquo, assente numa história longa, onde se misturam saberes empíricos com o fraco papel que a mulher foi tendo na sociedade ao longo dos tempos e onde a dominação religiosa, em determinados períodos da história, foi marcante na própria história de enfermagem. Um olhar sobre este passado permite-nos concluir que autonomia nas práticas e história estão interligadas. Enquanto profissão houve uma evolução favorável, contudo, parece-nos haver uma ligação dos enfermeiros especialistas em ESMO a um passado histórico e a uma formação, que os vincula a uma cultura profissional diferente da dos demais enfermeiros de cuidados gerais ou especialistas noutras áreas.

No segundo capítulo fazemos uma abordagem do cuidar em enfermagem, mostrando as suas diferentes dimensões e dando uma perspectiva daquilo que é hoje a prática da enfermagem em saúde materna e obstétrica.

No terceiro capítulo abordamos a cultura organizacional, no sentido de compreendermos melhor como esta pode influenciar ou condicionar as práticas autónomas dos enfermeiros.

No quarto capítulo fazemos uma abordagem sobre a evolução da enfermagem como profissão, dando uma visão das principais orientações paradigmáticas que influenciaram o caminho da profissão, onde os enfermeiros especialistas em ESMO se enquadram, sem esquecer de abordar os aspectos que constituem a autonomia dos enfermeiros quer seja do ponto de vista colectivo ou individual.

A segunda parte é constituída pelo desenvolvimento do estudo, onde consta a metodologia que serviu de suporte ao estudo, descrita e explicitada.

Na terceira parte apresentamos a análise, descrição e apresentação dos dados segundo o modelo de análise que utilizamos, contendo a análise dos domínios culturais e do tema que emergiu, que representam o todo dos significados que constituem a expressão da autonomia, na cultura dos enfermeiros especialistas em ESMO.

No final apresentamos a discussão e as principais conclusões, salientando os aspectos que nos pareceram revelar-se mais significativos. Deixámos algumas pistas para caminhos a seguir e propostas de intervenções futuras, procurando contribuir de forma positiva para o desenvolvimento da autonomia dos Enfermeiros Especialistas em ESMO.

I PARTE – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1-PRÁTICAS E CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO

Outrora, as parteiras[1] surgiram como necessidade social, tomavam conta das mulheres em trabalho de parto, ajudavam no parto e nos cuidados ao filho, contribuindo para o desenvolvimento da vida. No fundo, a sua prática, desenvolvia-se em torno de um conjunto de actividades para assegurar algumas necessidades fundamentais durante a gravidez, parto e pós-parto. O seu saber era empírico, adquirido pela experiência e como diz Collière (1999,p.47) deslocavam-se de casa em casa, sem acesso a livros, nem a qualquer formação, exercendo durante séculos uma medicina sem diploma; constituíram os seus saberes umas com as outras, transferindo-os no espaço e no tempo, de vizinha a vizinha, de mãe para filha. Socialmente, estas mulheres tinham um estatuto reconhecido por toda a comunidade, fundado no prestígio da sua experiência, "experiência interiorizada e vivida no seu próprio corpo".

As mudanças sociais em torno do papel da mulher na sociedade e o domínio da Igreja Cristã implementam, uma nova concepção sobre as práticas ligadas ao corpo. Por outro lado, a institucionalização da medicina como saber formal, veio sobrepor-se às «artes de curar» tradicionais, incorporando-as como especialidades do saber médico. O saber das parteiras foi relegado para segundo plano e o seu exercício passou a ser tutelado pela medicina, que determina algumas exigências relativamente à sua formação e prática. É-lhe exigida formação adequada, com definição rigorosa dos quadros teóricos e práticos (ministradas nas escolas médico -

[1] O termo "Parteira" é reconhecido em todo o mundo, e é assim, que a legislação comunitária se refere em todos os seus documentos. Todos os Estados membros têm uma designação específica e em Portugal é designada como "Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica", conforme disposto no Anexo I do Dec.Lei nº333/87 de 1 de Outubro, p.3703. Utilizamos o termo parteira até à sua integração no ensino de enfermagem e depois outros termos como "enfermeira parteira" e finalmente enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, integrada no ramo da especialização em enfermagem com o CESE ou equivalente legal.

cirúrgicas) e limitado o seu âmbito de acção, nomeadamente a interdição ao uso de instrumentos no parto (exemplo: Fórceps). Para além de ter o acesso dificultado a determinadas esferas de acção, também lhe foi delimitada a formação científica, o que provocou claramente grandes lacunas no seu saber. A imposição do conhecimento médico, vai assim emergindo ao longo do tempo e com o avanço das técnicas obstétricas, por volta do Século XVIII, vai dominando no campo de intervenção. A acção das parteiras limitava-se apenas à vigilância da gravidez, à execução do parto normal e em caso de complicações deveria chamar o cirurgião, o qual era considerado seu superior legal.

As exigências sociais relativamente à maternidade e infância, a valorização do parto e a preocupação com a saúde da mulher e do recém-nascido, trazem novas exigências à formação das parteiras. Em Portugal, no início do Século XX, em 1919, o exercício da parteira passa a ter complementaridade com a enfermagem. Surgindo como ramo de especialização, é exigido como pré-requisito ao Curso de Parteira, uma formação geral em enfermagem. A parteira já era outrora uma especialista na sua arte, e esta especialidade veio a consolidar-se na enfermagem, contudo sujeitam-se às alterações ocorridas e às crescentes exigências do percurso formativo da enfermagem.

As mudanças de formação da parteira foram estruturadas de acordo com a existência dos Cursos de Enfermagem existentes, que habilitavam para enfermeira ou auxiliar de enfermagem, dando lugar à terminologia de enfermeira parteira ou parteira puericultora, conforme fosse enfermeira ou auxiliar de enfermagem, abraçando os princípios de puericultura existentes em Portugal na época.

Com a institucionalização do parto e a criação de Maternidades, a sua prática era fundamental, conferindo naturalidade a um acto, em que o médico só intervinha quando a situação se tornava patológica. Para além disto, importa salientar que o parto passou a ter cuidados cada vez mais específicos, numa mudança de contexto que implica uma outra ênfase, quer na performance dos detalhes técnicos, nos aspectos éticos e

responsabilidade civil, para dar resposta à maior exigência com a saúde da mãe e do filho.

As necessidades sociais em cuidados de saúde na área materno-infantil e a política de saúde definida pelo Estado, vão como que modelando o percurso destas enfermeiras. Por outro lado, surgem pressões sociais que apelam a uma maior capacidade de acção da enfermagem como resposta às solicitações de determinadas organizações internacionais - Organização Mundial de Saúde (OMS) e Comunidade Económica Europeia (CEE) - no sentido de minimizar ou erradicar problemas de saúde. Assim, em constantes reformulações formativas, as parteiras e enfermeiras parteiras preparam-se para dar resposta às exigências que lhe são colocadas.

Em 1967 verifica-se a plena integração do Curso de Parteira nas Escolas de Enfermagem, designando-se Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras. Consagra-se aqui a autonomização da enfermagem no ensino das enfermeiras parteiras. Foram aprovados novos planos de estudos, com uma formação mais global, com o objectivo de prepará-las melhor para uma assistência especializada durante a gravidez, parto e puerpério, nas várias áreas de intervenção (serviços hospitalares, serviços de saúde pública e na comunidade).

Sete anos mais tarde, em 1974, ocorrem alterações no ensino da enfermagem em Portugal, que levou à extinção dos Cursos de Auxiliar de Enfermagem contribuindo para a unificação e um ano mais tarde, passa a denominar-se Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. A própria designação de parteira desaparece oficialmente para dar lugar à enfermeira especializada em obstetrícia, mais tarde enfermeira especializada em saúde materna e obstétrica.

Em 1986, Portugal, com a assinatura do tratado de adesão à CEE, como membro de pleno direito, trouxe algumas alterações à formação de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Surge a exigência de dar cumprimento à Directiva Comunitária 80/155/CEE

de 21 de Janeiro, no que toca à formação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e fixa as áreas que o ensino teórico e prático devem leccionar e o número de experiências mínimas

A formação dos cursos de especialização, para além de habilitar os enfermeiros com conhecimentos específicos para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, acrescentou qualificação para o exercício de funções nas áreas da pedagogia, administração e investigação. A introdução da formação na área da investigação revela-se importante. O Comité Consultivo para a Formação das Parteiras (1992) realça essa importância, considerando que a sua actividade baseada na investigação, deverá permitir a capacidade de apreciar e avaliar criticamente estudos de investigação e aplicar os resultados na sua prática clínica. Considera essencial, que no futuro, a Enfermagem Obstétrica se torne uma profissão baseada na investigação.

Em 1988 surge a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, criam-se os Cursos de Estudos Superiores Especializados ao nível da licenciatura e passa a ter lugar o agora denominado Curso de Estudos Superiores Especializados (CESE) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), que confere o grau de licenciatura.

Tendo em conta esta evolução ao nível de grau académico, a enfermagem passa a ter acesso a todos os níveis académicos como sejam, ao *Mestrado* e ao *Doutoramento*. Isto trouxe assim uma oportunidade aos enfermeiros em geral e aos enfermeiros especialistas em ESMO em particular, de desenvolverem conhecimentos noutras áreas e dedicarem-se à investigação, no sentido de contribuírem para melhorar a sua intervenção na prática e desenvolverem competências mais específicas para interagirem com as pessoas em parceria, envolvendo-as no processo de gravidez, parto e puerpério em conjunto com as suas famílias, para atingirem o bem-estar com responsabilidade na sua própria saúde e na do seu filho.

Ao olharmos para o passado, compreendemos a evolução que ocorreu na formação destes enfermeiros, desde as mulheres parteiras com os seus saberes empíricos até aos enfermeiros especialistas em ESMO detentores de uma formação de nível superior. Até hoje, todas as alterações que ocorreram na sua formação, ocorreram das necessidades sociais em cuidados de saúde, como: ida para o hospital para conferir naturalidade ao parto; novas necessidades na comunidade em cuidados de saúde; necessidades de investigação; altas tecnologias; exigências à enfermagem; necessidades de especializações para cobrir certas áreas que impunham intervenção diferenciada.

A formação na área da saúde materna e obstétrica sempre foi na enfermagem considerada um ramo de especialização. Hoje, desde a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pelo Dec. Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, o enfermeiro especialista em ESMO enquadra-se na definição de enfermeiro especialista, contemplada no ponto 3 do artigo 4º deste regulamento, "o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com um CESE em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional, que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade".

É reconhecido ao enfermeiro especialista um perfil diferente de um enfermeiro generalista, o qual, partilhando a ideia de Antunes et.al. (1983) num estudo sobre especializações em enfermagem, para além de estar apto a programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem globais, a todos os níveis de prevenção, a indivíduos, famílias, outros grupos e comunidades, está preparado em cuidados de enfermagem mais complexos que exigem formação mais desenvolvida e aprofundada na sua área de formação. O autor diz que, como enfermeiro e perito na área em que se especializou, o enfermeiro especialista é também consultor, educador e investigador, nas matérias abrangidas pela sua área de formação. No relatório do Comité de peritos da OMS sobre práticas de enfermagem (1996), está explícito que as

competências dos enfermeiros dependem da formação que tiveram. Uma formação avançada e uma experiência prática permitem ao enfermeiro praticar ao alto nível. Esta prática especializada é caracterizada por:

- uma especialização do campo de acção;
- conhecimentos e competências mais desenvolvidas;
- apoio de ensino superior e de investigação;
- independência acessível e uma autonomia das decisões.

Neste documento a OMS reconhece que como aos enfermeiros especializados não é habitualmente interdita a prática directa, eles contribuem substancialmente para a qualidade dos cuidados primários, secundários e terciários.

Tendo em conta Benner (2001) o enfermeiro especialista pode ser considerado também um perito. O perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação. Age a partir de uma compreensão profunda da situação global. Contudo, nem todos os enfermeiros especialistas podem ser considerados peritos, uma vez que a experiência é considerada fundamental para atingir estas capacidades.

As funções do enfermeiro especialista em ESMO, desde há muito que estão definidas, para além das funções comuns a todos os enfermeiros. No estudo de Antunes et.al. (1983) referido anteriormente, ao enfermeiro especialista nesta área de enfermagem, compete especificamente:

"1- Determinar as necessidades em cuidados especializados em ESMO às grávidas, parturientes e puérperas, recolhendo dados e definindo prioridades;

2- Determinar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados em perinatologia, à criança, durante o período pré, peri e pós-natal, em que está a seu cuidado, recolhendo dados e definindo prioridades;

3- Programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados a grávidas, parturientes e puérperas, bem como à criança, durante o período pré, peri e pós-natal, em que está ao seu cuidado, integrando a educação para a saúde;

4- Contribuir para a elevação do nível de saúde da população, nomeadamente no campo do planeamento familiar e na diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade materna e infantil;

5- Prever e detectar situações de risco obstétrico, materno, fetal e do recém-nascido, actuando oportuna e adequadamente;

6- Executar o parto normal, praticando, se necessário, episiotomia. Na ausência do médico e em caso de extrema urgência, executar o parto de apresentação pélvica;

7- Observar o recém-nascido e tomar as medidas que se imponham, praticando, se necessário, a reanimação;

8- Detectar, na mãe e na criança, sinais de anomalias que exijam intervenção médica e participar nesta; na ausência do médico, tomar as medidas de urgência que se imponham, nomeadamente a extracção manual da placenta, seguida de revisão uterina manual, se necessário;

9- Orientar (por ex: demonstrando, aconselhando, esclarecendo) outros enfermeiros na prestação de cuidados da sua competência especializada;

10- Integrar-se em equipas de outras áreas, de acordo com as necessidades dos serviços;

11- Participar na formação, a nível de base e a nível pós-base, de enfermeiros e outros profissionais de saúde ou áreas afins, especialmente em matérias de ESMO;

12- Fomentar e participar em actividades de formação em serviço para enfermeiros e outros profissionais de saúde ou áreas afins, especialmente na área da sua especialização;

13- Participar com equipas multidisciplinares, de saúde e/ou outras, em assuntos da sua especialidade, na análise de problemas de saúde e na proposta de soluções;

14- Participar, na área da saúde materna e obstétrica ou áreas afins, na definição da necessidade de criação de unidades de saúde, sua localização, instalações, equipamento, pessoal e organização;

15- Realizar e/ou participar em estudos, na área de saúde materna e obstétrica ou áreas afins, que visem a melhoria do nível de cuidados de enfermagem, em particular, e de saúde, em geral;

16- Participar no estudo e na definição dos indicadores de saúde e nos estudos da situação sanitária da população Portuguesa, na área da saúde materna e obstétrica."

A adesão de Portugal à CEE veio trazer-lhe a obrigação de incluir as disposições legislativas, regulamentares e administrativas das Directivas Comunitárias, nomeadamente as habilitações mínimas para o exercício destes enfermeiros especialistas em ESMO, referidas no artigo 4º da Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro. Estas actividades são:

"1- Informar correctamente e aconselhar em matéria de planeamento familiar;

2- Verificar a gravidez, vigiar a gravidez normal, efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal;

3- Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico o mais precoce possível da gravidez que implique risco;

4- Estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e de alimentação;

5- Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in-útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados;

6- Fazer o parto normal quando se trate de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e, em caso de urgência, fazer o parto tratando-se de apresentação pélvica;

7- Detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção de um médico e auxiliar este último em caso de intervenção; tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extracção manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;

8- Examinar o recém-nascido e cuidar dele; tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;

9- Cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos úteis para tratar do recém-nascido nas melhores condições;

10- Praticar os cuidados prescritos pelo médico;

11- Fazer os relatórios escritos necessários."

Apesar de existir esta clarificação quanto às funções dos enfermeiros especialistas em ESMO, apenas foram transpostas para o Direito interno do Estado Português em 2003, existindo até à data apenas a transposição das normas mínimas para a sua formação. A própria Carreira de Enfermagem apenas se refere às funções gerais de um enfermeiro especialista seja qual for a sua área de especialização, e ainda não contempla a especificação do exercício profissional de cada uma.

O número de enfermeiros especialistas em ESMO está longe de ser o ideal face à população Portuguesa, apesar de constituírem a área de especialidade em enfermagem com maior representatividade. Contudo, concentram-se principalmente nos grandes centros urbanos e na área hospitalar, conforme dados de estudos levados a cabo pela Ordem dos Enfermeiros, relativos ao grupo profissional dos enfermeiros em 2000 e sobre o reconhecimento da individualização das especialidades em enfermagem em 2001. Destes estudos salienta-se o facto de que, tendo em conta o número de enfermeiros existentes em Portugal à data (cerca de 36 000); existiam apenas cerca de 3115 enfermeiros especialistas no país. Destes, cerca de 23% (maior representatividade) são enfermeiros especialistas em ESMO, com idade média superior a 45 anos. Desta população, cerca de 70% concentra-se principalmente nos grandes centros urbanos como Coimbra, Lisboa e Porto. A nível nacional verifica-se que existe um enfermeiro desta área de especialidade por cada 6531 habitantes e um enfermeiro por cada 1686 mulheres entre os 15 e os 49 anos. Estes enfermeiros especialistas concentram-se mais nas categorias de generalista ou graduado e especialista (81%) e apenas 16% são enfermeiros chefes, o que quer dizer que a maioria ocupa um lugar na prestação directa de cuidados.

De uma amostra de 2570 enfermeiros (especialistas de todas as áreas de especialização em enfermagem e não especialistas), dos 347 enfermeiros especialistas na área de saúde materna e obstétrica inquiridos, o maior

número (119) trabalha na sala de partos, um número significativo (76) trabalha em centros de saúde e no internamento de puerpério (44).

Tendo em conta o parecer do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, poderemos compreender porque a maior parte dos enfermeiros trabalha então na sala de partos e o mínimo nos serviços de internamento de puerpério e centros de saúde. Talvez porque, é precisamente na sala de partos que o nível de cuidados exigidos é mais específico. "Todos os enfermeiros, mesmo os especialistas, são também enfermeiros de cuidados gerais. Porém o contrário não é verdadeiro. Só os colegas com título de enfermeiro especialista podem prestar cuidados especializados" (2001:28). Para além desta afirmação, o Conselho de Enfermagem realça que a especialidade em ESMO é aquela que reúne maior consenso entre os enfermeiros relativamente à sua especificidade, e existe a opinião generalizada que alguns cuidados nesta área devem, de facto, ser prestados apenas por enfermeiros especialistas.

A área hospitalar tem sido privilegiada e somos levada a concordar com Lopes (1998) quando este refere que é necessário a redução do espaço de intervenção dos enfermeiros no hospital, que este deixe de ser o seu espaço de intervenção natural. Os problemas de saúde devem ser compreendidos como algo mais vasto e complexo que a ausência de doença e pensar que as pessoas estão e vivem para além dos muros hospitalares, por isso, o local de intervenção da enfermagem terá que situar-se preferencialmente ao nível das comunidades.

Já a OMS em 1974, referia que os serviços de saúde e a formação de pessoal de saúde são centralizados no hospital. Quando reflectimos sobre a formação actual dos enfermeiros especialistas em ESMO, verificamos que, de facto, não há ênfase sobre a intervenção destes enfermeiros na comunidade e toda a formação está centrada na área hospitalar e no intervencionismo característico da obstetrícia moderna. As novas necessidades na comunidade em cuidados de saúde, que impõem intervenção diferenciada, estão hoje, a trazer novos desafios aos

enfermeiros entre os quais se incluem os especialistas na área de ESMO. Estes novos desafios estarão, talvez, relacionados com alguns dos problemas mundiais actuais.

Em 1994, no relatório de um grupo de estudo da OMS sobre os cuidados de enfermagem, existe referência sobre três grandes problemas mundiais: concentração da população e transição demográfica; doenças infecciosas e parasitárias; as necessidades sanitárias e a noção de vulnerabilidade. Como grupos vulneráveis à doença surgem as mulheres e as crianças. Neste relatório, existe um alerta para as necessidades diferentes em diversos países e para a necessidade de haver uma readaptação da acção dos profissionais de saúde, no sentido de irem ao encontro da minimização ou resolução destas novas necessidades. Das recomendações salientam-se aquelas que se dirigem aos Estados membros da OMS, no qual Portugal se inclui, no sentido de reverem as estratégias referentes às políticas de saúde, readaptarem-se de forma a dar resposta às necessidades em cuidados de saúde emergentes, obtendo para isso uma participação mais efectiva dos enfermeiros. Em resposta, partilhamos oportunamente a opinião de Machado (2000) quando diz que se a actividade de enfermagem tem por finalidade responder às necessidades humanas e se estas necessidades estão sempre em mudança, então, o exercício da enfermagem tem que mudar com elas.

A OMS na sua 2ª Conferência Ministerial em Enfermagem e Obstetrícia na Europa, que se realizou de 14 a 17 de Junho de 2000 em Munique, consigna o papel único dos enfermeiros no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde. Na Declaração de Munique os Ministros da saúde dos Estados membros da Região Europeia da OMS, afirmam: *"acreditamos que os enfermeiros e as parteiras desempenham um papel – chave, e cada vez mais importante, nos esforços da sociedade para fazer face aos novos problemas da saúde pública assim como têm um papel essencial no assegurar de cuidados de saúde de alta qualidade, acessíveis, equitativos, eficientes e adaptados que garantam a continuidade de cuidados e que tenham em conta os direitos e as novas necessidades das populações".* Esta

Declaração de Munique trouxe uma nova luz à enfermagem Portuguesa, e um apelo à mudança no sentido de dar resposta às expectativas que a OMS colocou nestes profissionais. Por outro lado, há um apelo dirigido ao desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e à intervenção dos enfermeiros centrada na família e na comunidade. Quando estes apelos se dirigem aos enfermeiros em geral, implica também que os enfermeiros especialistas (re)adaptem as intervenções que desenvolvem. Fica a necessidade de (re)definirem novas estratégias de intervenção que dêem também resposta a estes apelos.

As orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde para 2004-2010, mostram a necessidade de haver investimento na saúde em todas as fases do ciclo vital, e nas situações onde é necessário intervir, verificamos que os enfermeiros especialistas em ESMO podem dar contributos para o seu desenvolvimento. Esta intervenção pode destacar-se na prioridade ao aumento de cobertura no período pré-concepcional e no puerpério; para melhorar alguns indicadores no período perinatal, na promoção do aleitamento materno; para aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens no que respeita à saúde reprodutiva e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; para a melhoria da saúde das mulheres. Poderão dar ainda o seu contributo, em muitas outras situações a necessitar de intervenção prioritária, encontradas neste documento.

Estas considerações em redor das novas exigências que emergem no início deste novo Século mostram os apelos à mudança e à intervenção concreta dos enfermeiros especialistas em ESMO em Portugal. E, segundo o raciocínio de Basto (1991) concordamos que, a aprendizagem da democracia, formação de nível superior e a consequente valorização social dos enfermeiros; apelam a uma preparação para a mudança, na qual os enfermeiros especialistas em ESMO se incluirão certamente, e para isso, é necessário que se preparem também para enfrentar essa mesma mudança.

2- CUIDAR HOJE EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O cuidar tem surgido como tema central em enfermagem, principalmente desde a década de 70 do Século passado, numa tentativa de o conceptualizar. Este esforço, surge pelo reconhecimento, de que cuidar define a actividade de enfermagem e como tal, clarificar este conceito, esclarece-nos sobre o campo de intervenção da enfermagem. Compreender a evolução do cuidar até aos dias actuais, exige um reconhecimento das modificações ocorridas em volta da prática de enfermagem, quer do conhecimento de ordem científica, quer das competências técnicas e relacionais, quer das atitudes e valores inerentes à profissão.

Da literatura emergem diversas teorias que tentam conceptualizar o cuidar e que "assumem vários significados de acordo com os contextos filosóficos, culturais ou empíricos que estiveram na sua base" (Palma, 1995,p.36). Assim o cuidar em saúde materna e obstétrica pode ser analisado à luz das actuais orientações do que é o cuidar/cuidado em enfermagem. Consideramos que, para compreender estas orientações actuais é necessário compreender também algumas das influências que acompanharam a sua evolução. Tal como refere Barros et. al. (1997,p.8) "não é possível compreender a enfermagem de hoje e o cuidar, sem o contextualizar, sem uma viagem retrospectiva ao seu passado, às suas origens e sem compreender as influências que acompanharam o seu desenvolvimento científico".

No domínio das ciências de enfermagem, as concepções da disciplina sofreram influencias paradigmáticas perfeitamente identificáveis no tempo. Grandes correntes de pensamento, maneiras de ver e de compreender o mundo, influenciaram as crenças, os valores, os princípios, as metodologias e respectivas formas de aplicação, da disciplina de enfermagem. São descritos três paradigmas que influenciaram as concepções da disciplina:

Paradigma da Categorização, Integração e Transformação. Estes paradigmas orientam-se em direcção à saúde pública, à doença, à pessoa e à abertura sobre o mundo (Kérouac,1994).

Segundo a autora, o Paradigma da Categorização inspirou particularmente duas orientações na profissão de enfermagem, ou seja, uma orientação centrada para a saúde pública que se interessa tanto pela pessoa e seu ambiente como à sua doença e, mais tarde, uma orientação centrada sobre a doença e intimamente ligada à prática médica.

O Paradigma da Integração prolonga o anterior, reconhecendo os elementos e as manifestações de um fenómeno e integrando o contexto específico no qual um fenómeno se situa. Este paradigma inspirou a orientação da enfermagem para a pessoa. Citando Meleis (1991) a autora refere, que o cuidado segundo esta orientação, visa manter a saúde da pessoa em todas as suas dimensões: a saúde física, mental e social. A enfermagem utiliza os princípios de relação de ajuda, indo de encontro às necessidades das pessoas. A enfermagem age com a pessoa em função das necessidades detectadas, planificando e avaliando suas intervenções. Agora, a pessoa é considerada como um todo formado pela soma de suas partes que estão interligadas: a pessoa é um ser bio-psico-socio-culturo-espiritual. Segundo esta perspectiva, a pessoa pode influenciar os factores preponderantes à sua saúde tendo em conta o contexto onde se encontra e procura as melhores condições possíveis para usufruir de uma saúde óptima e um bem-estar óptimo. Neste contexto, a saúde e a doença são duas entidades distintas que coexistem e estão em interacção dinâmica. A saúde é um ideal a atingir influenciada pelos vários contextos (histórico, social, politico, etc.) em que a pessoa vive. As interacções existentes entre os vários contextos são circulares à volta de situações que constituem um ambiente positivo ou negativo dependentes de reacções de adaptação. Nesta fase paradigmática, foram criadas a maioria das concepções da disciplina de enfermagem, orientadas para a pessoa, no sentido de precisar a prática dos cuidados e guiar a formação e a pesquisa de enfermagem.

O Paradigma da Transformação surge na primeira metade do Século XX e representa, sobretudo, uma mudança de mentalidades, é a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo, inspirando as concepções recentes da disciplina de enfermagem. A pessoa é considerada como um ser único onde as múltiplas dimensões formam uma unidade. O cuidar visa agora o bem-estar tal como a pessoa o define. A pessoa é acompanhada nas suas experiências de saúde. Intervir significa «estar com» a pessoa

O cuidar em saúde materna e obstétrica, atravessou estas dimensões paradigmáticas e o cuidar hoje representa esta abertura sobre o mundo indo ao encontro de uma pluridisciplinaridade de dimensões conceptuais.

Swanson (1991) refere que o significado do cuidar, e os seus componentes essenciais, permanecem pouco claros, quer se cuide de si próprio, quer se cuide dos outros e considera não existir uma definição ou conceptualização do cuidar universal. Nolan et. al. (1995) refere que, analisando 35 definições de cuidar que foram encontradas na literatura de enfermagem por Morse et. al. (1990), estes destacaram cinco perspectivas fundamentais na definição destes conceitos: resposta afectiva, característica humana, imperativo moral, intervenção terapêutica e interacção interpessoal. Refere também que é essencial reconhecer que cada situação de cuidar é única e que é desapropriado recorrer a uma teoria ou regra universal. Considera que o cuidar é melhor definido pela intenção do actor.

Collière (1999) diz que cuidar é prestar cuidados, tomar conta, e acima de tudo é um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se. Diz também, que desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso "tomar conta" da vida para que ela possa permanecer. A forma de cuidar descrita, faz-nos pensar na "velha parteira", mulher hábil na sua arte de ajudar ao nascimento, tomar conta da mulher "acabada de parir" e do seu filho, ajudar a vida a reproduzir-se. Mendes (1993) refere que a simples presença destas mulheres despertava gestos

tranquilizantes, a carícia duma palavra ou mesmo a piedosa oração. A sua vocação era amparar a grávida e consolá-la nas horas difíceis do parto. Hoje tenta-se manter esta visão da gravidez e maternidade, tentando que o cuidar seja dirigido no sentido literal de «estar com» a mulher, prestando auxílio durante a gravidez, parto e puerpério, dando conselhos às mulheres durante esta fase das suas vidas. Sobretudo, tenta-se que a visão da gravidez e maternidade seja a de um acontecimento saudável e normal na vida das pessoas (Whelton,1991). Contudo, a autora reconhece haver dificuldades consequentes do envolvimento médico, o que considera ter tornado a gravidez uma «doença», em vez de um acontecimento de uma vida saudável e normal.

Como diz Palma (1995,p.36), o cuidar como acto de vida "tem um significado universal e é manifestado através de acções influenciadas pelos valores, percepções, experiências de quem os dá e de quem os recebe".

Roach (1995) refere-se também ao cuidar como uma forma humana de ser, podendo manifestar-se como uma qualidade única, num gesto especial, por uma pessoa especial. Considera que o cuidar não é único para a Enfermagem, mas único na Enfermagem e que os profissionais de saúde não diferem no que cuidam, mas na forma como cuidam.

Hesbeen (1997,1998) conceptualiza o cuidar como uma atenção especial que se dá a uma pessoa que vive uma situação particular com o objectivo de a ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para promover a sua saúde. Considera esta atenção particular contida no cuidar, única. Não é pré-estabelecida, nem programável, nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. É singular como é a situação de vida em que o prestador de cuidados é levado a prestar cuidados a determinada pessoa. O autor considera que, quando os actos (cuidados) através dos quais se cuida, se enquadram numa perspectiva de cuidar, são "cuidados" que revelam o "cuidado" que se teve com uma pessoa. O verdadeiro cuidar, depende do encontro e da caminhada em conjunto com uma pessoa, que cuida e cuja intenção é ajudar e outra pessoa, que recebe os cuidados e que precisa de

ser ajudada. Tudo isto, implica uma atitude própria, a qual permitirá "caminhar com", que provém do "encontro", da "caminhada", do "acompanhamento", do "percurso" feito em comum.

Para tal, é necessário que se ajude realmente a pessoa e para isso é fundamental que se estabeleça uma boa relação de ajuda (Lazure,1994). A autora, considera que deve ser oferecido à pessoa, sem impor, os meios ou recursos que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais que poderá utilizar como quiser, para resolver o seu problema. Assim, quem cuida de uma pessoa não deve tomar decisões por ela, nem substitui-la em aspectos relativos à sua participação na acção. Lazure considera que uma das características principais da relação de ajuda é o respeito pela pessoa. Assim, respeitar o ser humano é acreditar que ele é único e que possui todo o potencial para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória. Da mesma forma, Moraga (1992) considera que cuidar é tudo o que se organiza para que a vida continue, determinando com a pessoa os critérios que lhe permitam viver o melhor possível.

Ceccato e Sand (2001) consideram o cuidar humano fundamental em ESMO, particularmente na assistência à mulher em situação de parto. As situações inerentes ao trabalho de parto e parto, que podem condicionar o bem-estar materno-fetal, exigem uma intervenção adequada da enfermagem, baseada em orientações contínuas e explicações sobre a evolução do parto, que podem ajudar a parturiente a superar algumas dificuldades. Se a equipa de enfermagem não desenvolver uma acção adequada poderá contribuir para que o parto seja traumatizante. Por outro lado, cada vez mais é valorizado o acompanhamento durante a gravidez, promovendo a saúde do binómio mãe-filho, para as alterações físicas e psico-afectivas da gravidez e também na preparação para o parto.

Contudo, como refere Watson (1988,p.33) "os valores de cuidar da enfermagem têm sido submergidos, o papel do cuidado humano está ameaçado pelo aumento da tecnologia médica e de constrições institucionais, burocrático-administrativas, para além da proliferação de

técnicas de cura e de tratamento que têm surgido sem olhar a custos. "Sabemos que muitas instituições de assistência materno-infantil não dispõem de condições adequadas a este tipo de assistência que actualmente se preconiza. Por conseguinte, o internamento hospitalar, muitas vezes, submete as pessoas às rotinas padronizadas da organização e é impossibilitado o respeito por alguns valores, crenças e cultura. Daí que a filosofia da instituição e o planeamento da assistência de enfermagem, deva permitir o desenvolvimento de condições e recursos (humanos e materiais) que permitam dar resposta às necessidades efectivas das pessoas. Por outro lado, a super valorização da técnica e o intervencionismo, que tende a caracterizar hoje a assistência obstétrica, pode negligenciar os aspectos psico-emocionais e sócio-culturais ligados à maternidade e impor, uma vivência desta experiência com base em valores, que em nada respeitam os direitos da mulher/casal/família.

O cuidar pode também ser visto como processo terapêutico, na medida em que se sustenta na relação com o outro, ajudando-o a crescer. Mayeroff (1990) considera o cuidar como um processo, em que a finalidade é ajudar os outros a crescer e a auto-realizar-se. Para isso, é importante um envolvimento com o outro, no sentido de conhecê-lo e assim poder ajudá-lo a crescer e a conseguir alcançar os seus objectivos. Da mesma forma, Swanson (1991,2000) define o cuidar como uma forma sustentada de nos relacionarmos, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis.

Hoje, é reconhecida a responsabilidade fundamental da mulher quanto à sua própria saúde. Por outro lado, é considerado importante o conhecimento da dinâmica familiar, de modo a poder ser possível a intervenção no sentido de promover a adaptação sadia de todo o sistema familiar durante o processo de procriação. Desde muito que a maternidade deixou de ser entendida como um fenómeno isolado, para ser entendida como uma fase de desenvolvimento da família. Na perspectiva de Franco (2001) a tendência da assistência obstétrica de hoje é que a mulher esteja integrada na família, e que a gravidez seja considerada como uma fase do desenvolvimento da

família, uma vez que afecta todos os seus membros. Considera que, tendo em conta estes ressupostos, a assistência deve ser orientada para a «família grávida».

Interpretando o cuidar como um processo terapêutico, respondemos ao papel da enfermeira em saúde materna e obstétrica defendido por Ziegel e Cranley (1985) em que esta deve envolver-se não só com a mulher mas também com a família, no sentido de facilitar o seu desenvolvimento na dimensão bio-psico-social. Esta relação com a mulher/família tem a finalidade de os ajudar a crescer, restituindo-lhes o direito de participar no processo de maternidade e preparando-os para que sejam capazes de agir conforme as suas potencialidades, até onde forem capazes.

Para Watson (1999) o cuidar não se limita a uma emoção, atitude ou desejo. Envolve valores, vontade, compromisso, conhecimentos, acções e suas consequências. Cuidar é para a autora um ideal moral, cuja finalidade é a protecção, promoção e preservação da dignidade humana. Está implícito um crescimento mental e espiritual de quem cuida e de quem é cuidado.

O cuidar em saúde materna e obstétrica centra-se não só no bem-estar físico da mulher, mas também no bem-estar psico-emocional quer da mulher, quer da família, através do estabelecimento de relações empáticas, adopção de comportamentos que demonstrem respeito pela dignidade das pessoas sujeitos de cuidados e da promoção das condições necessárias para o cuidado do corpo e da mente (Ceccato e Sand,2001).

Hoje, há uma preocupação com a dimensão moral e ética do cuidar, envolvendo tanto o respeito pelo enfermeiro como pessoa, como pelos utentes enquanto pessoas. O desenvolvimento da ciência e a proliferação de novas tecnologias, trazem novos desafios à enfermagem em geral e aos enfermeiros especialistas em ESMO em particular. Questões como a interrupção voluntária da gravidez, a esterilização definitiva, o planeamento familiar e a vida sexual, o diagnóstico pré-natal; a saúde da mulher ao longo do ciclo vital e a gravidez na adolescência são hoje, algumas das

preocupações desta área de saúde. Por outro lado, o desenvolvimento das especializações na área da saúde, que influenciaram a enfermagem, facilita a fragmentação do cuidar, separando-o das dimensões sociais e colectivas. Raatikainen (1989) alerta precisamente para este perigo, o qual está a par do perigo tecnológico e burocrático que fazem parte dos dias de hoje. As enfermeiras especialistas em ESMO, actualmente têm de preocupar-se com todas estas questões e no seu exercício salvaguardar os princípios éticos inerentes à profissão e à sua área de intervenção, sempre com o objectivo de salvaguardar os direitos das pessoas que cuidam quer seja da mulher/casal, feto/recém-nascido e família.

Watson (1988) refere-se também ao cuidar como um processo interpessoal entre duas pessoas. Ocorre quando a enfermeira entra no campo fenomenológico, isto é, na realidade subjectiva composta pela totalidade da experiência humana do outro. Benner e Wrubel (1989) acrescentam que cuidar é sempre específico e relacional, cria a possibilidade de dar e receber ajuda, cria as condições de confiança que permitem àquele que é cuidado, apropriar-se da ajuda e sentir-se cuidado (Palma, 1995).

Million-Lajoinie (1994) também considera o cuidar como uma relação interpessoal, constituído na interacção entre quem cuida e quem é cuidado. Esta interacção pode ser vista, como uma situação de proximidade que implica duas pessoas: o cuidador e quem é cuidado, e como uma situação social, em que estas duas pessoas representam diversas colectividades, de maneiras diferentes, na interacção considerada. Cuidar é assim, um processo interaccionista, que parte do encontro entre enfermeira e a mulher/família. O cuidar da mulher grávida, valorizando a família desenvolve-se nesta interacção, gerando-se condições que favorecem a aquisição de confiança, que permitem que se sintam capazes de solicitar a ajuda que necessitam para se desenvolverem e serem capazes de cuidar de si mesmos.

Leininger (1998) fala-nos do cuidar transcultural, essencial para responder às necessidades dos cuidados de saúde a nível mundial. A autora,

reconhece a cultura e a sua influência que envolve os cuidadores e aqueles que são cuidados. O principal objectivo do cuidar transcultural é proporcionar cuidados culturalmente congruentes com a cultura do cliente. É enfatizada a importância dos valores, significados e expressões do cuidar de pessoas de diferentes culturas, tendo em conta que estes variam de cultura para cultura. A cultura pode ser entendida segundo a definição da autora, como os valores, crenças, normas e práticas apreendidas e partilhadas por um grupo particular, que orientam o seu pensamento e modelam as suas acções e decisões. Estes valores culturais são como uma maneira desejável ou preferida de agir ou de conhecer qualquer coisa que, com o tempo, é encorajada e reforçada pela cultura e destina-se a orientar as acções e decisões.

Esta perspectiva do cuidar salienta a importância das práticas de enfermagem concordantes com os valores e crenças das pessoas de diferentes culturas, sem impor aos outros os nossos valores pessoais e profissionais determinados pela nossa própria cultura. De facto, os factores culturais podem ter um papel importante na forma de viver a maternidade. Os valores, significados e expressões da vivência da maternidade podem ser diferentes em várias culturas. O parto e nascimento são considerados, um facto social, mas é ao mesmo tempo segundo Parreira (1995) um facto cultural por excelência, pela maneira como é apreendido e exprimido, sendo revelador da origem sociocultural e variar de cultura para cultura. Ceccato e Sand (2001) consideram que o significado do parto está intimamente relacionado com a subjectividade e a cultura de cada mulher, sendo vivido diferentemente.

De facto, a cultura exerce influencia em muitos aspectos da vida das pessoas. Hoje, parece ter-se quebrado a esfera íntima em que a maternidade tradicional decorria com as novas preocupações em volta da natalidade, com a proliferação das maternidades e a medicalização do parto (Carneiro,1998). No fundo, verificamos que dificilmente a mulher e família podem experienciar o parto de acordo com os seus significados culturalmente adquiridos.

O passado parece-nos longínquo perante as afirmações de Barros et. al. (1997,p.9), quando diz que "dos enfermeiros hoje, espera-se que sejam: excelentes cuidadores; eruditos e pensadores baseados no raciocínio científico; e investigadores competentes". De facto, os movimentos científicos, tecnológicos e sociais do século passado, influenciaram de forma significativa a prática do cuidar. Hoje, fala-se num "cuidar humano cientificamente competente", em que se respeita as crenças, valores e cultura da pessoa sujeito de cuidados. O autor considera ainda, que cuidar hoje, só pode ser entendido como um cuidar científico, onde não haja lugar para a rotina irresponsável, o fazer por fazer, a irreflexão, o domínio da técnica sobre outras dimensões da pessoa. A autora refere que os conhecimentos científicos, competências técnicas e relacionais são os ingredientes necessários a este cuidar científico.

Hoje a assistência de enfermagem em saúde materna e obstétrica já não se coaduna com um agir fora deste domínio. A procura da excelência do exercício promove cuidados de enfermagem de qualidade: mais efectivos, mais eficientes e do mais elevado nível, que garantam à mulher, casal, família, um ambiente protector, tranquilizador, com condições adequadas para responder às suas necessidades.

3- CULTURA ORGANIZACIONAL

O conceito de cultura organizacional, surge depois da consciencialização da importância do papel do factor humano no sucesso organizacional, o que abriu caminho para o reconhecimento da cultura nas organizações.

A cultura é um conceito que não é recente e tem sido aceite como um conjunto de características comuns, que os indivíduos de uma sociedade têm, como: valores, crenças, linguagem, normas, atitudes, tradições e práticas que servem de suporte à acção e relação individual e de grupo; isto é, que orienta e modela os seus comportamentos (Leininger, 1985; Rosa, 1994). Assim, o conceito de cultura organizacional surge diferenciado relativamente à cultura nacional.

Hofstede (1997,p.34) refere que uma organização "constitui um sistema social de natureza diferente de uma nação, quanto mais que não seja pelo facto de os membros da organização terem tido alguma influência na sua decisão de se juntarem a ela, estarem envolvidos nela apenas durante as horas de trabalho e poderem um dia abandoná-la." Salienta a amplitude dos efeitos da cultura nacional sobre a cultura organizacional, considerando que é a nível nacional que faz sentido falar de cultura; a cultura organizacional é encarada, pelo autor, como uma subcultura derivada da cultura nacional.

Gomes (2000) refere que a cultura organizacional permanece um conceito a necessitar de clarificação. Enquanto alguns acentuam tratar-se de uma moda, outros entendem-na como uma nova metáfora que vem enriquecer o pensamento organizacional. Para outros corresponde a uma mudança paradigmática ocorrida no campo das ciências da organização.

Costa (1999) refere que o trabalho é um local de constante redefinição social dos indivíduos. Assim, a cultura torna-se primordial para as organizações,

uma vez que compreender os seus membros pode influenciar o êxito dos esforços colectivos de desenvolvimento.

Em qualquer organização, existe uma actividade humana intensa, sob um padrão extremamente complexo e multidimensional: personalidades, pequenos grupos, inter-grupos, normas, valores, atitudes. O elemento básico é, então, as pessoas e, qualquer organização é composta pelas interacções existentes entre os diversos actores. Estas interacções podem ser individuais ou entre os indivíduos e a organização. Os comportamentos das pessoas na organização são diversos, os quais estão sujeitos a inúmeras influências (Chiavenato, 1987). O autor considera, que é difícil separar as pessoas das organizações e vice-versa. As organizações envolvem as pessoas que se tornam cada vez mais dependentes da actividade organizacional. As pessoas nascem, crescem, são educadas e trabalham nas organizações.

Assim, pensamos que qualquer organização seja detentora de uma cultura emergente desta compartilha que molda o comportamento e as expectativas de cada membro da organização. Stoner e Freeman (1995) consideram até, que esta cultura pode ter uma influência poderosa em toda a dinâmica da organização, para além das regras e procedimentos explícitos.

Na organização do trabalho é impossível a abstracção da cultura de que as pessoas são portadoras. Gomes (2000, p.64) considera que "a organização não é um mero receptáculo de culturas societais, podendo ela própria estar na origem duma cultura, ser um meio portador de cultura ou local de aprendizagem cultural". Para o autor, a cultura da organização, está relacionada com a cultura da sociedade em que está inserida, e por outro lado, reconhece que no interior da mesma organização, podem co-existir várias culturas.

Lakatos (1997) fala também, da existência de diferentes sociedades, ou de diferentes grupos dentro de uma mesma sociedade, que se comportam como os demais, porém com características próprias: subculturas. Da

mesma forma, Thévenet (1986) refere que uma organização é um aglomerado de subculturas que correspondem aos grupos sociais que a compõem. A existência destas subculturas não é controlada pela organização, são resultado de um processo de criação com base num conjunto de visões partilhadas, património de princípios e regras de acção, de experiências comuns, de maneiras de fazer.

Vala et al (1995) também é da opinião que as organizações são constituídas por grupos de indivíduos potencialmente em conflito, por unidades funcionais com particularidades, por diferentes centros e tipos de poder. As organizações são contextos diversificados de interacção social e por isso, são potenciais geradoras de múltiplas culturas.

Das investigações sobre cultura organizacional, emergem distintas orientações. Costa (1999) faz referência a Joanne Martin (1992) que desenvolveu estudos nesta área, considerando três orientações: *integração, Diferenciação* e *Fragmentação*. Na perspectiva deste autor, a primeira orientação (Integração) assume que a cultura é una, podendo adquirir uma cultura "forte" e coesa, não havendo desacordos ou incertezas. Sugere a centralidade do líder no processo de criação cultural, com indivíduos fortemente comprometidos. A segunda orientação (Diferenciação) acentua a heterogeneidade e conflitualidade nos processos organizacionais. Ou seja, perspectiva as organizações como um conjunto de subculturas organizacionais que se entrecruzam ou sobrepõem, dependendo dos interesses entre grupos. Denota as influências políticas nas organizações, alertando para conflitos de interesses entre grupos. Isto implica que numa organização poderão existir culturas divergentes, provenientes de vários grupos diferentes. Esta diferenciação pode reflectir diferentes hierarquias profissionais ou podem conduzir a contra-culturas que desafiam a cultura dominante. A terceira orientação (Fragmentação) clarifica sobre a real ambiguidade de uma organização, explorando a complexidade das relações entre as várias manifestações culturais. Gomes (2000) apenas faz referência às duas primeiras orientações, às quais chama de paradigmas.

Assim como podem existir, organizações com um modelo cultural forte, caracterizadas por sistemas de valores, com uma enorme influência sobre os comportamentos e as formas de gestão (Thévenet, 1986), também existem subculturas que podem ser dominantes face a outras subculturas, capazes de influenciar fortemente e até confundir-se com a própria cultura organizacional. Nesta ordem de pensamento, Gomes (2000) também considera que a pluralidade cultural das organizações não implica a atribuição do mesmo grau de importância às diferentes culturas. Assim, uma determinada cultura pode emergir como proeminente. Esta proeminência pode estar associada a diversos factores, como: posse de recursos que utiliza para obter vantagem no interior da organização; poder adquirido pela posição central que ocupam num determinado fluxo de trabalho, regulando a quantidade ou qualidade do trabalho produzido e aquisição do estatuto de *Insubstituíveis* ao funcionamento de determinado trabalho e especialização, que o mesmo pode requerer.

O fenómeno cultural influi sobre os comportamentos dos indivíduos (Bernoux, s.d.). O autor considera que os indivíduos que chegam a determinada organização com a sua cultura própria, fazem uma aprendizagem duma cultura particular do grupo de trabalho e sem dúvida da própria organização. Esta cultura resulta, principalmente, da cultura anterior do indivíduo, da situação de trabalho propriamente dita e também da situação estratégica das relações de poder. Lakatos (1997) também considera que a cultura é um modelador do comportamento, presente em qualquer agrupamento de pessoas com características próprias a cada um deles.

Dois termos muito comuns, *Aculturação* (Thévenet, 1986) e *Socialização* (Lakatos, 1997), referem-se precisamente ao processo de aprendizagem e interiorização de elementos sócio-culturais que a pessoa faz ao longo da vida, estruturando a sua personalidade e adaptando-se ao ambiente social em que deve viver. No fundo, a cultura pode transmitir-se às novas gerações participantes de um grupo social; isto é, os pressupostos básicos desse

grupo social, podem ser ensinados a novos membros como a forma correcta de pensar, sentir e perceber determinadas situações.

Sainsaulieu, encara a organização como um local de aprendizagem cultural e de formação de identidades. A organização não é apenas um receptáculo de culturas, às quais as pessoas têm que se adaptar e subjugar. Por outro lado, as pessoas dentro da organização não são sujeitos passivos, os quais "importam" ou "penetram" na cultura existente. Pelo contrário, a organização é uma instituição de aprendizagem e de mudança cultural, em que as pessoas têm um papel activo na construção e transformação da cultura na organização. Existem obrigatoriamente relações inter-pessoais assentes em jogos de poder e no acesso à identidade. A "zona de incerteza" controlada por cada uma das pessoas, será maior ou menor e o acesso à identidade será mais ou menos fácil, dependendo da posição ocupada por cada uma delas. Trata-se de um processo de negociação constante que ocorre na organização, dentro de um espaço de interacções estratégicas em que está em jogo a identidade (Gomes, 2000).

Neves (2000) considera que nas organizações complexas a visão da sobreposição de culturas de grupo, em que não existem fronteiras precisas, parece mais apropriada do que a simples ideia de subcultura. Assim, considera que podem ser encontrados grupos de culturas, culturas sobrepostas e até culturas contrastantes. Citando Martin e Siehl (1983) fala em três tipos diferentes de subculturas: subcultura de aperfeiçoamento em que há uma adesão dos indivíduos apenas às principais crenças e valores da cultura dominante; subcultura ortogonal em que o indivíduo aceita os princípios valores e crenças dominantes na organização, mas em simultâneo também aceita outro grupo de valores e crenças diferentes mas que não entram em conflito com os da organização; subcultura de oposição em que há um conflito e um desafio permanente à organização.

O conceito de clima organizacional tem trazido algumas dificuldades à definição de cultura organizacional, pela sua aparente semelhança. Neves (2000) considera a cultura organizacional um conceito mais amplo o qual

visa compreender a forma como normas e valores influenciam a formulação das políticas e práticas organizacionais. O clima preocupa-se com a influência que essas políticas e práticas exercem sobre o desempenho individual e organizacional. O autor considera o clima como uma dimensão da cultura com a qual interage e se relaciona. A cultura é de natureza grupal, enquanto que o clima é de natureza individual; isto é, Neves refere que o principal objectivo do clima é saber o que significam em termos de bem-estar individual as características organizacionais, enquanto que na cultura o alvo é o significado colectivo inerente às diversas manifestações de cultura, o qual permite dar respostas significativas para a conduta organizacional e torna possível a sobrevivência do grupo.

De uma forma muito simples, Costa (1999) diz que o clima organizacional é a face observável da cultura organizacional através dos discursos dos actores.

Para compreender melhor as características da cultura organizacional, impõe-se a descrição do modelo de camadas sobrepostas, metaforicamente conhecido como camadas de cebola, que Neves (2000) apresenta. Partindo da imagem de cebola sugerida por Hofstede (1997), o autor concebe uma forma de representação gráfica do modelo de clima/cultura organizacional.

> *"Esta proposta de modelo subentende uma concepção multidimensional do conceito amalgamado clima/cultura e uma visão construtivista da realidade; isto é, as pessoas desenvolvem uma visão organizada das coisas, através da atribuição de um significado ao que acontece".* (Neves, 2000,p.105)

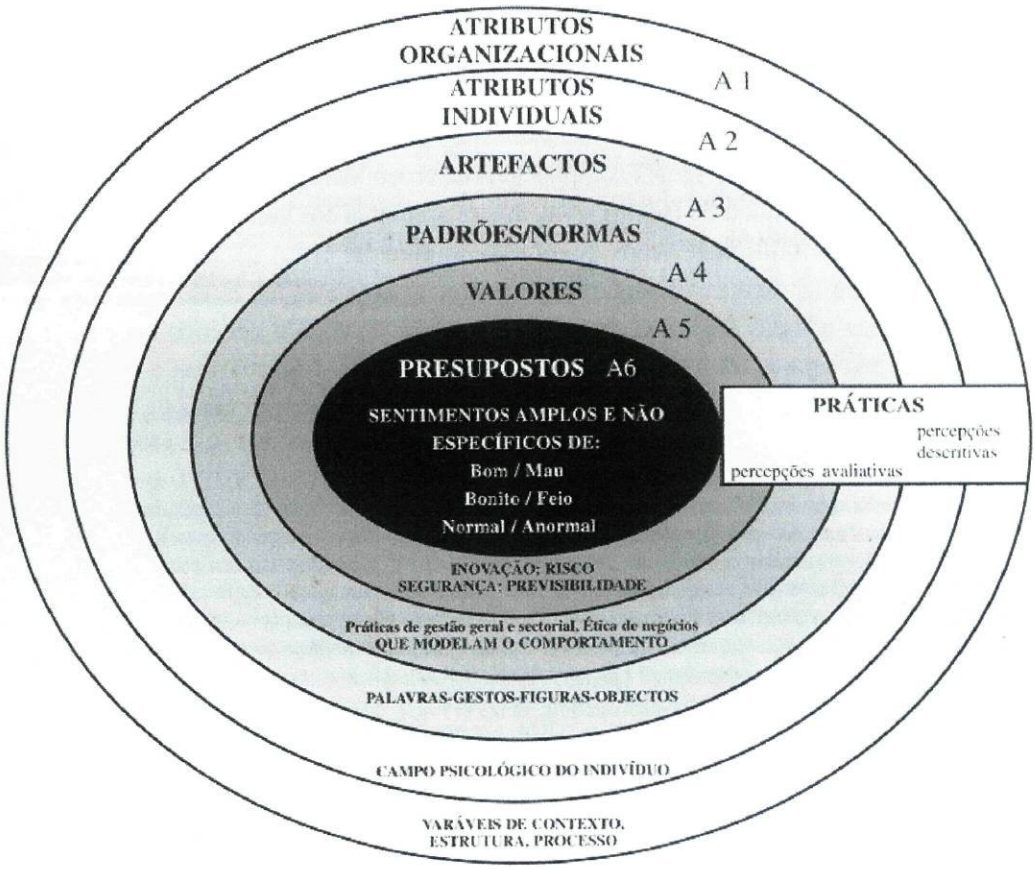


Fig.1- Representação gráfica do clima/cultura (Neves,2000,p.105)

As diferentes camadas variam ao longo de um contínuo, em que as camadas mais periféricas são constituídas pela objectividade, fácil acessibilidade e nível do consciente e as camadas mais profundas pela subjectividade, acesso difícil e nível do inconsciente. Com este modelo, Neves vê os conceitos de clima e cultura organizacional mutuamente relacionados.

As matizes de fundo, representam as principais estruturas de base deste modelo. As camadas mais periféricas, a branco (A1 e A2) equivalem à ideia de clima; isto é, à percepção descritiva do ambiente organizacional. As restantes estruturas correspondem à ideia de cultura organizacional; ou seja, às percepções avaliativas. As cores usadas como fundo nas camadas,

pretendem intencionalmente distinguir a natureza de cada camada e a sua acessibilidade. A camada A3 (cinzento claro) designada de artefactos, corresponde aos elementos de natureza comportamental, cuja acessibilidade é simples. A camada A4 mais acinzentada, simboliza os padrões de comportamento e normas de comportamento. A camada A5, de cinzento mais marcado que a anterior, representa os valores, crenças e ideologias, que tem na sua natureza um misto de cognitivo e emocional. Por último, a camada mais central, representada a fundo escuro, representa os pressupostos fundamentais, integrando elementos de ordem emocional, profundos, por vezes do domínio do inconsciente, que se apresenta sob a forma de valores e crenças implícitas. Algo que reflecte a socialização extra organização, dificilmente afectado pelas práticas organizacionais.

3.1- O LUGAR DA CULTURA DE ENFERMAGEM

Os Enfermeiros são um grupo profissional numeroso dentro da organização hospitalar, lugar onde estão estruturadas actividades interdisciplinares, entre várias pessoas, que em conjunto cooperam entre si para atingirem um propósito comum.

O hospital, hoje, é considerado uma organização complexa, altamente diferenciada e Carapinheiro (1993) considera-o uma instituição social e uma estrutura de cuidados, onde existe uma rede de relações sociais, cuja ordem é produzida e reproduzida por múltiplas estratégias dos profissionais e dos utentes.

Este tipo de organização também tem sofrido as influências da cultura nacional e Araújo et al (1998) salienta essa amplitude, referindo que os hospitais sofreram através dos tempos, influências religiosas, políticas e sociais de cada época, que por sua vez também influenciaram as sociedades em que se inseriam.

Em Portugal na primeira metade do Século XX até 1974 foi quando surgiu uma evolução radical desta instituição. Araújo atribui esta evolução aos

avanços científicos e tecnológicos da medicina que tornou o hospital, gradualmente, num local onde todas as classes sociais têm ao dispor, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica e onde a especialização ganhou importância relevante. As novas opções políticas do país do pós 25 de Abril de 1974 influenciaram claramente os hospitais, assim como a criação do Sistema Nacional de Saúde, o desenvolvimento das instalações hospitalares, de tecnologias e técnicas ao serviço da saúde, o progresso económico, social e cultural, a adesão à CEE. A par destas mudanças, também a forma de gestão, o modelo de prestação de cuidados de saúde, a postura e o comportamento dos profissionais têm-se modificado. Contudo, mantém-se o principal objectivo do hospital, que é o de dar resposta às necessidades de saúde das populações, através de uma prática humanizada.

Já há muito que a vigilância da gravidez, parto e pós-parto ocorrem em contexto hospitalar e de facto, daquilo que a própria história nos conta, a assistência à maternidade sofreu estas influências, desde a existência de unidades polivalentes em hospitais para internamento de grávidas, parturientes e puérperas, até à criação de unidades e hospitais específicos, com uma assistência especializada. Em Portugal, foi principalmente importante a criação do Instituto Maternal, que originou a implementação de uma série de postos de saúde materno-infantil pelo país. Conforme conta Sousa et. al. (2000,p.81), o Instituto Maternal foi criado em 1943 *"com o fim de:*

a) *efectivar e coordenar a prestação de assistência médico-social à maternidade e à primeira infância;*
b) *organizar e dirigir a investigação científica tendente a melhorar essa assistência;*
c) *colaborar na formação de profissionais de saúde".*

As principais maternidades existentes no país pertenceram a este instituto, como as Maternidades Dr. Alfredo da Costa (Lisboa), Júlio Dinis (Porto) e Bissaya Barreto (Coimbra). Hoje, estas maternidades são consideradas hospitais especializados em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia. Para

além destes hospitais especializados, existem também serviços especializados nas mesmas valências em unidades de hospitais gerais, os quais englobam outras unidades com diferentes especializações.

No hospital convivem diversos profissionais de diferentes áreas e a rede de relações que estabelecem normalmente é complexa. Algumas subculturas podem, de facto, conflituar entre si. Esta rede de relações interpessoais entre os diferentes actores profissionais pode gerar tensões, conflitos e negociações com base nas diferentes competências e saberes.

Carapinheiro (1993) refere, que o modelo cultural dominante na organização dos serviços de saúde identifica-se no corpo médico, coexistindo como que hegemonicamente face às outras subculturas, principalmente no que respeita às concepções de saúde, da doença e da intervenção dos profissionais do hospital. Por outro lado, ocupam um lugar central na hierarquia hospitalar.

A legitimidade deste grupo profissional, na detenção deste domínio, pode estar relacionada com algumas condições, a que Bernoux (s.d.) denominou fontes do poder. Possuir uma competência ou uma especialização dificilmente substituível, coloca um indivíduo numa posição favorável à negociação, e assim, possui um certo poder, senão a totalidade e realidade do poder. Por outro lado, o domínio das relações com o meio; boa rede de comunicação e boa utilização das regras organizacionais, podem ser outras formas de legitimação desse poder. o autor considera que as relações de poder têm uma origem organizacional e também cultural, e contribuem igualmente, para a constituição de normas de comportamento. Indivíduos e grupos, diferentes pela sua formação e função, têm objectivos diferentes e cada um tem a sua visão do que é necessário para assegurar o funcionamento do conjunto. Esta maneira diferente de ver, origina estratégias nem sempre concordantes e podem levar a conflitos de poder. Os enfermeiros como grupo profissional, na organização hospitalar, assim como todos os outros grupos, são fortemente subjugados a esta influência cultural dominante.

A dinâmica de acção do trabalho de enfermagem articula-se numa equipa multiprofissional. Entendemos equipa como Graça (1992) a define, um pequeno grupo, baseado na cooperação e em contacto regular, contacto esse, que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada empenhada, competente e responsável para a realização de uma ou mais actividades concretas.

Neste contexto de actuação multiprofissional, o trabalho dos enfermeiros diferencia-se em intervenções interdependentes e intervenções autónomas. As primeiras são de iniciadas na prescrição de outros técnicos da equipa de saúde, assumindo o enfermeiro apenas a responsabilidade da sua implementação. As segundas, iniciam-se na prescrição elaborada pelo enfermeiro, assumindo este a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Contudo, estes conceitos são relativamente recentes e por isso, com algumas dificuldades práticas na sua implementação, uma vez que exigem múltiplas estratégias ao nível do campo de acção, com os outros elementos da equipa, para ser possível a sua concretização sem que surjam conflitos.

A prática dos cuidados de enfermagem tem sofrido várias influências e Basto (1998,p.43) refere-se bem a esta questão quando diz que:

> *"A prática dos cuidados de enfermagem diz respeito, por um lado, à sua natureza e por outro às condições de execução do trabalho. Entre essas condições apontam-se: a organização dos cuidados, os modos de trabalhar em grupo, os estilos de liderança, as relações com a hierarquia de enfermagem e os restantes grupos de profissionais de saúde, a/as cultura/as do contexto de trabalho, para além do tipo e situação de saúde dos clientes".*

A natureza dos cuidados de enfermagem, sofreu influências de teorias diferentes, que determinaram a forma como os enfermeiros exercem o seu trabalho. Hoje, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação

interpessoal de um grupo de pessoas (família ou comunidade). A formação e experiência do enfermeiro permite-lhe compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural. No âmbito do exercício profissional o enfermeiro promove uma relação terapêutica através de uma parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Este processo dinâmico tem por objectivo, ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. Por outro lado, de acordo com os princípios preconizados pela Ordem dos enfermeiros portugueses, a família é o alvo do processo de cuidados, visando a alteração de comportamentos e a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O tipo de socialização profissional ao longo dos tempos, também parece ter perpetuado alguns comportamentos profissionais, que poderão estar mais ou menos enraizados. Tal como refere Basto (1998), referindo-se a um estudo de Izabel Menzies (1960), o tipo de comportamentos dos enfermeiros poderá estar relacionado com a formação inicial, à qual tem sido atribuído o tipo de socialização profissional, como a valorização da técnica em oposição à relação, o sorriso artificial em oposição à naturalidade ou o esconder de sentimentos em oposição à assertividade. Quer dizer, estas características da socialização inicial poderão ter-se perpetuado nos hospitais, na cultura dos serviços de saúde. Basto, refere ainda, que a formação e a cultura dos serviços de saúde reforçam, de uma maneira geral, os rituais. A representação social do enfermeiro, mostra um enfermeiro dependente, que cumpre regras estabelecidas por outros. Refere ainda, que tem sido «vendida» uma ideologia de actividade autónoma, de iniciativa própria, mas que na prática se verifica o oposto.

Diferentes formas de pensar, influenciaram significativamente, não só a formação inicial, mas também a administração dos serviços de enfermagem e também a própria divisão do trabalho. É evidente que estas concepções tiveram interferências na prática de enfermagem, na forma como os cuidados têm sido prestados e organizados

Segundo Million-Lajoinie (1994), a divisão do trabalho, surgiu com o desenvolvimento económico, uma necessidade técnica associada à pressão de produtividade e eficácia. Ao mesmo tempo tem uma dimensão social associada à posição relativa dos actores no interior do campo; a hierarquia e a especialização profissional. Esta divisão do trabalho no campo da saúde é controlada pela medicina, havendo uma subordinação e situação de dependência parcial. Por outro lado, isto faz com que a classe médica seja detentora de um prestígio superior face aos outros membros da organização hospitalar. A autora considera também que a actividade do profissional de saúde é definida por um "status", que no sentido jurídico da palavra, implica uma base de regras legais definidores dos deveres e direitos do indivíduo e/ou do grupo de indivíduos numa sociedade definida. Por outro lado, o "status" designa também a qualificação social do indivíduo; isto é, a sua posição dentro da hierarquia social. Este "status" interliga o modelo de conduta definido pelos indivíduos detentores de um mesmo "status". A autora diz também, que tendo em conta as características do trabalho hospitalar e de enfermagem, surge também uma divisão do trabalho numa perspectiva temporal. De facto, a presença do enfermeiro no hospital é de 24 horas sobre 24 horas. Normalmente esta divisão ocorre em três equipas (manhã, tarde, noite), segundo uma periodicidade variável em função dos estabelecimentos e dos serviços e que permite uma flexibilidade relativa do trabalho.

Na profissão de enfermagem podemos ainda verificar conforme Massarollo (1991), uma forma de divisão do trabalho baseada na especialização horizontal e na vertical. A forma vertical diz respeito à autoridade e responsabilidade; a horizontal em termos de diferenciação entre os diversos tipos de actividades executadas.

A abordagem clássica no trabalho de enfermagem, a qual deu ênfase às tarefas e à estrutura organizacional, proporcionando uma abordagem rígida, hierarquia centralizada e organização estritamente formal (Chiavenato, 1987), encontra-se segundo Kurcgant (1991) ainda reflectida na enfermagem. A divisão do trabalho de enfermagem aliada à padronização

das tarefas, a elaboração ou simples adopção de manuais, técnicas, procedimentos. Escalas diárias de divisão de actividades, assistência de enfermagem fragmentada em actividades e para cada elemento determinada uma ou mais tarefas em detrimento da globalidade da pessoa. Estrutura rigidamente hierarquizada das instituições de saúde, estabelecendo graus de subordinação. As pessoas e as relações interpessoais se ser devidamente consideradas. A existência de uma maior preocupação com a quantidade de trabalho desenvolvido do que com a qualidade. A liderança substituiu a autoridade hierárquica formal com a teoria das relações humanas. Nesta perspectiva, a liderança tem persistido como estratégia importante na condução do grupo, contudo sem conseguirem demarcar-se do grupo que detém o poder na organização.

A teoria comportamental ou behaviorista teve alguma importância para a enfermagem na medida em que influenciou não só o trabalho dentro da organização, mas também contribuiu para algumas concepções de modelos para a prática de enfermagem: a teoria da motivação segundo a hierarquia das necessidades de Maslow.

Segundo Chiavenato (1987), a teoria de McGregor (teoria X e teoria Y), dá-nos uma outra prespectiva do behaviorismo. A teoria X, apresenta um estilo baseado na teoria clássica, excessivamente mecanicista e pragmática, levando as pessoas a fazer aquilo que a organização pretende que façam. A teoria Y, apresenta um estilo baseado nas concepções modernas a respeito do comportamento humano. Mais aberta, dinâmica, democrática. Envolve um processo de criar oportunidades, desenvolver potencialidades através do encorajamento do crescimento individual. É característico desta teoria uma descentralização das decisões com delegação de responsabilidades, participação nas decisões superiores e auto-avaliação do desempenho.

Estas teorias de McGregor são também encontradas frequentemente na administração dos enfermeiros. Kurcgant (1991) refere que os pressupostos da teoria X são frequentes em alguns administradores de enfermagem, com a centralização das decisões e do poder na cúpula administrativa. A autora

alerta para o fracasso que muitas vezes é consequente à adopção dos pressupostos da teoria Y quando a organização tem políticas e directrizes baseadas na teoria X.

Contudo, sentimos existir esforços para implementar um modelo de gestão nos serviços de enfermagem mais compatível com a teoria Y. A delegação de responsabilidades, a participação em decisões superiores e a auto-avaliação do desempenho, têm sido talvez, as iniciativas mais visíveis na prática de administração dos serviços de enfermagem.

Kurcgant (1991) refere, que nos últimos anos, encontra-se nos serviços de enfermagem e nas organizações de saúde, algumas propostas inovadores com características da teoria dos sistemas. Esta teoria assenta segundo Chiavenato em três premissas básicas:

a) os sistemas existem dentro de sistemas;
b) os sistemas são abertos (relações de intercâmbio com o ambiente);
c) as funções de um sistema dependem da sua estrutura.

O autor caracteriza um sistema, como um conjunto de elementos que interagem, que desenvolvem uma actividade com um objectivo, operando sobre dados/energia/matéria colhidos no ambiente que envolve o sistema para depois fornecer informação/energia/matéria. A abordagem sistémica vê as organizações como um sistema único composto de outras partes, ou subsistemas. O sistema aberto está em contínua interacção com o seu ambiente, o que o torna susceptível e imprevisível à mudança. Existe uma interdependência entre os subsistemas, e uma mudança num provoca impacto sobre o outro. Os sistemas devem cumprir a função do sistema, o que implica uma coordenação das suas actividades. As interacções internas e externas do sistema reflectem diferentes escalões de controle e autonomia. Tendo em conta estes pressupostos, os profissionais de enfermagem são um subsistema no sistema hospitalar e no sistema da saúde; e seleccionam e aceitam do sistema maior apenas insumos compatíveis com suas políticas e directrizes.

Para além de se verificarem influências destas concepções sobre a administração dos serviços de enfermagem, que têm determinado a posição que os enfermeiros ocupam na organização, também se verificaram consequentemente algumas alterações sobre a divisão e distribuição do trabalho entre os seus elementos. De alguma forma, estas mudanças também determinaram a forma como os cuidados de enfermagem têm sido prestados e as relações estratégicas necessárias à sua implementação, desenvolvidas na equipa multiprofissional.

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, existem vários métodos de trabalho que servem de suporte à prática dos cuidados. Estes métodos assentam em pressupostos teóricos de teorias administrativas e em modelos teóricos para o exercício de enfermagem. Segundo Frederico e Leitão (1999) existem princípios básicos que norteiam estes vários métodos de trabalho: tornar o trabalho das pessoas mais fácil e seguro; diminuir os recursos e as perdas de tempo; eliminar a duplicação de pessoal e esforços; melhorar a qualidade dos cuidados.

Tendo em conta estas autoras e Petitat (1989) faremos uma breve abordagem a alguns métodos de organização do trabalho de enfermagem. Petitat refere uma forma *individual/centralizada*, que foi característica principalmente nas primeiras duas a quatro décadas do Século XX no Canadá. Consistia na existência de relações de autoridade fortemente personalizadas (enfermeira chefe), que exercia um poderoso controlo sobre a prática das enfermeiras, existência de normas e distribuição de tarefas simples ou complexas aproveitando as capacidades de cada um. O autor refere-se também à *divisão funcional*, que apareceu nos anos 40 do Século XX. Consistia na divisão funcional das tarefas: distribuição de medicamentos, banhos, pensos, etc, de tal forma que nos faz lembrar o Fordismo. Hesbeen (1997) considera que este método esvazia de conteúdo e de sentido os cuidados de enfermagem, considera ser uma forma demasiado racional e taylorista quando a intervenção do enfermeiro se reduz simplesmente a actos.

Frederico e Leitão, dizem que este método foi largamente utilizado no passado em Portugal, mas ainda hoje tem alguns adeptos, embora já em menor escala. As vantagens deste método estão associadas à maior produtividade no trabalho, centrando-se nas necessidades do serviço e da organização e não em função das necessidades do utente; fragmenta os cuidados; dificulta a relação enfermeiro/utente; e não trás satisfação nem ao utente nem ao enfermeiro. Como alternância as autoras falam-nos do *método individual*, em que cada enfermeiro é responsável por prestar cuidados globais a determinado número de utentes que lhe foram distribuídos durante um turno de trabalho; dando ênfase às necessidades dos utentes e personalizando os cuidados. Este, de facto, é o método cada vez mais enraizado na metodologia de trabalho dos enfermeiros. Promove satisfação do utente que se sente mais seguro e maior satisfação do enfermeiro pelo aumento de responsabilidade, capacidade de decisão, motivação e favorece a avaliação dos cuidados de enfermagem.

Tanto Petitat como Frederico e Leitão, falam-nos do método de trabalho em *equipa*. No Canadá surgiu por volta dos anos 50 do Século XX. Neste método os enfermeiros organizam-se em equipas, sendo-lhes atribuída responsabilidade total por um grupo de utentes. Cada equipa tem um chefe de equipa, que toma decisões em relação às prioridades, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem. Este método no Canadá surgiu como suporte a grupos com auxiliares de enfermagem e foi precisamente abandonado devido aos conflitos existentes entre a diferença de papéis destas duas categorias profissionais. Tem de facto, de existir um verdadeiro trabalho de equipa.

Por volta dos anos 80 do Século XX Petitat diz ter surgido um método a que chama de *cuidados globais e cuidados integrados*, a que Frederico e Leitão apelam de *primário ou responsável*. No fundo, significam a mesma metodologia. É atribuído a cada enfermeiro, alguns utentes, pelos quais é responsável durante toda a sua permanência no hospital. É o enfermeiro que estabelece um plano de cuidados, isto é, planeia e executa os cuidados, desde a admissão até à alta, ocupando-se de tudo o que diz respeito com o

«seu» utente. Tendo em conta a inviabilidade da permanência de um enfermeiro 24 horas/dia ao serviço, foi criada a figura do enfermeiro assistente que cumpre funções delegadas pelo enfermeiro responsável, na sua ausência, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Lopes (1995) num estudo sobre enfermagem, verificou que na organização de trabalho das(os) enfermeiras(os), prevalecia um modelo na «segmentação do trabalho» e na «intermutabilidade das tarefas», o que significa a expressão da taylorização do processo de prestação de cuidados, onde a autora refere que se dilui a visibilidade de quaisquer outros actos profissionais de natureza não instrumental. Considera que a dominância de rotinas terá consequências directas relativamente às possibilidades estratégicas dos poderes profissionais. Efeito de ocultação das zonas de incerteza, que por sua vez, impede a visibilidade social, reduz a visibilidade da insubstituibilidade das competências de enfermagem e portanto, não há acesso a recursos de poder. Assim, não há condições relacionais necessárias para transformar os poderes «virtuais» (formais) em «reais» (efectivos)., formando-se uma descontinuidade entre estes poderes. Isto, por sua vez, colocará em jogo a identidade profissional.

Collière (1999) considera que as influencias socioeconómicas, sobre a prática da enfermagem, foi modificando o papel dos enfermeiros, transformando-se, diversificando-se e tornando-se mais confuso à medida que o papel vai ficando mais instável. Instala-se uma constante necessidade de procura de identidade, na tentativa de revalorizar o seu papel. Deixa transparecer que, desde a identificação da prática de cuidados com a "mulher que ajuda", passando pela "mulher consagrada" em que o papel era prescrito pelas regras conventuais que ditavam condutas de comportamento, da identificação com a "mulher enfermeira auxiliar do médico", até à actual definição de enfermeiro, ocorreram modificações significativas na prática de enfermagem construída em redor do papel do enfermeiro.

Os diferentes caminhos que os enfermeiros tiveram que percorrer para se demarcarem profissionalmente, tiveram impacto na evolução profissional e a

enfermagem "hoje" reflecte uma cultura marcada pela história. De acordo com Rebelo (1997,p.16),

> *"as práticas não resultam das boas vontades dos seus agentes, mas decorrem da intersecção de vários contextos – o social, marcado pela história; o do sujeito, lugar da biografia de cada um; o da profissão, onde emergem e se constroem os modelos profissionais (saberes, normas e valores que orientam a profissão); o da acção que materializa os modelos organizacionais, lugares e estruturas concretas do trabalho a realizar".*

Por outro lado, as características da enfermagem como profissão feminina, parece estar por detrás da desvalorização do papel da enfermeira. Abdelmalek e Gérard (1995) relativamente a este aspecto, referem que a desvalorização dos papéis femininos explica-se pelo facto do corpo feminino e as tarefas femininas estarem mais próximas da natureza e por isso, serem desvalorizadas. Lançam uma explicação do tipo antropológico, a qual pretende que tudo o que se encontra sob o controlo humano (o cultural) seja mais valorizado do que aquilo que está fora dele (o natural). Os autores falam ainda, na possibilidade de uma cultura global de enfermagem, mas também consideram a possibilidade de "choques interculturais", considerando a partir de uma perspectiva funcionalista, a possibilidade de existirem "duas culturas" de enfermagem, oriundas de histórias diferenciadas. Tomam como exemplo os enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas em psiquiatria.

Isto, faz-nos pensar também nessa possibilidade, relativamente aos enfermeiros especialistas em ESMO, pelo facto de terem uma história, de certo modo, diferenciada da enfermagem e, pelo facto de até aos dias de hoje, permanecer sob os seus desígnios a realidade de uma diferenciação relativamente às outras áreas de especialização em enfermagem. Mas, será que existe uma cultura diferente?

A crise ideológica dos anos 60, que se fez sentir de forma mais enérgica na década seguinte, obrigou as organizações a assumirem uma nova identidade e passar a privilegiar a qualidade e a excelência. O interesse pela cultura traduziu-se assim por novas atitudes face ao fenómeno organizacional. Assim, a visão das organizações sob critérios puramente económicos deu lugar ao reconhecimento das organizações como realidades sociais, o que possibilitou uma nova política de relações humanas e a aceitação de uma cultura própria em cada organização.

Se tomarmos como referência os aspectos relativos à formação, podemos constatar que desde o início do Século passado (1919), se introduziram exigências na formação das "parteiras" que abrange desde uma formação geral em enfermagem, até à área clinica da especialização. Fazendo uma retrospectiva ao passado secular em que os cuidados se enraízam na mulher hábil na arte de ajudar a nascer, ou seja na história das "mulheres parteiras", poderia ser legítimo pensar neste "choque inter-cultural". Hoje, passados oitenta e cinco anos, praticamente não se diferenciam este tipo de enfermeiros a não ser pela natureza dos cuidados que prestam em determinadas unidades, onde restritamente é vedada a prática de cuidados aos enfermeiros generalistas. Estes aspectos são fundamentais para compreender a evolução histórica do acompanhamento da parturiente, no hospital e na cultura organizacional ,da valorização do próprio parto ao longo dos tempos em diferentes culturas e também, a importância da mulher parteira como a única pessoa ligada aos cuidados no parto (Colliére,1999).

Como já foi salientado, a cultura tem um papel importante nas organizações e esta pode ser objecto de análise a três níveis: cultura observável, valores compartilhados e suposições comuns.

4- PROFISSÃO E AUTONOMIA

A profissão de enfermagem está indissociavelmente ligada à história da sociologia das profissões e do trabalho, assim como às mudanças estruturais que deram lugar à emergência da enfermagem como grupo sócio-profissional, e também com o lugar que tem ocupado na produção de cuidados de saúde. Abordar o conceito sociológico de profissão ajuda-nos a compreender o percurso natural da profissão de enfermagem e apreender os efeitos do passado sobre a actualidade do seu exercício profissional.

Colliére (1999, 2003), introduz a ideia de que o termo "profissão" vem de professar, crer e, daí ensinar aquilo em que se crê. Até ao aparecimento da escrita, a transmissão dos saberes fazia-se exclusivamente por transmissão oral. Com a escrita, é o que está escrito que se torna referência suprema de todo o conhecimento. Refere que toda a profissão tem origem daqueles que foram os garantes da escrita, os letrados. A especialização na escrita permitiu a indicação de regras de conduta, a organização e regulação da ordem social. Até ao fim do Século XIX, assumiam-se ou reclamavam-se como uma profissão aqueles que pelo acesso à escrita tinham um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade.

Dubar (1995) considera existir algumas complicações em reconhecer o significado do termo *"profissão"*, uma vez que, na literatura Inglesa e Francesa surgiam designações diferentes. Explícita, que em francês, o termo "profissão" tem dois sentidos correspondentes a dois termos ingleses diferentes, designando simultaneamente: o conjunto dos *"empregos"* (ocupação) e as *"profissões"* liberais e sábias. A terminologia francesa introduz um terceiro termo, o de *"ofício"*. Acrescenta que as *"profissões"* e os *"ofícios"* têm no Ocidente uma origem comum: as *Corporações*[1]. Na Idade

[1] As Corporações eram "corpos e comunidades" tanto no sentido moral como no sentido legal do termo e os seus membros estavam unidos por laços morais e por um respeito às regulamentações pormenorizadas dos seus estatutos. Existia um

Média, a partir do Século XI e no Século XV reconhecido como Idade de Ouro das corporações, distinguiam-se: os que tinham o direito de pertencer a uma corporação; e os que não tinham esse direito. O autor, refere ainda que com a consolidação das universidades, o trabalho considerado como arte e que abrangia todos os que integravam as corporações, dissocia-se, e surge a dicotomia entre *"profissão"* e *"ofício"*. As *"profissões"* derivadas das *"artes liberais"* e os *"ofícios"* derivados das *"artes mecânicas"* onde as mãos trabalham mais do que a cabeça.

Na história da sociologia das profissões, surgiram várias correntes paradigmáticas que influenciaram valores e concepções do conceito de profissão, as quais apresentamos resumidamente tendo em conta o trabalho de Dubar (1995) sobre *A Socialização* e de Rodrigues (1997) sobre *Sociologia das Profissões*:

No Século XX antes da década de 70, dominou o *Paradigma Funcionalista*.. Surgiram as primeiras interrogações sobre profissão e os traços e características que a distingue de outra ocupação, constituiu a principal preocupação de uma série de autores na época. Da mesma forma, verificou-se a procura da definição do tipo *"perfeito"* ou *"ideal"* de profissão, classificando-a de acordo com determinadas características, modo de funcionamento e organização. Aquelas ocupações que se afastavam do tipo ideal definido, foram enquadradas dentro de outras terminologias associadas ao conceito de profissão, como *"semi-profissão"*, *"quase-profissão"* e *"não-profissão"*, quanto mais, estariam no decurso de uma processo de profissionalização.

Neste período surge uma definição de profissão que se tornou clássica. Uma profissão emerge quando um número definido de pessoas inicia uma prática baseada numa formação especializada para dar resposta a determinadas necessidades sociais. Os autores referem-se a Carr-Saunders (1928), que

compromisso ou juramento público solene; fazer a aprendizagem de um ofício não bastava adquirir a habilidade necessária. Dizer que o ofício de um artesão era a sua profissão denotava um compromisso ou um juramento. (A profissão de fé corporativista segundo Sewell , citado por Dubar, 1995)

deu um contributo importante na definição das características necessárias, para que uma profissão fosse reconhecida como tal:

1- Especialização dos serviços que permitissem satisfazer os clientes;
2- Criação de associações profissionais, que demarcassem pessoas qualificadas das não qualificadas, e determinando códigos de conduta e de ética para os qualificados;
3- Formação específica assente num corpo sistemático de teoria, permitindo a aquisição de uma cultura profissional.

Conforme estes princípios, para além de um ideal de serviço, a extensão do profissionalismo residia no desenvolvimento dos conhecimentos. Por outro lado, o considerado trabalho social não era considerado profissão mas sim uma *ocupação* em vias de profissionalização.

Parsons (1939) e Goode (1957) entre outros, consideraram que as profissões não se orientam por razões económicas mas sim por razões altruísticas. Parsons considera que o papel dos profissionais se desenvolve na relação com os clientes, e a sua institucionalização (autoridade/confiança) surge através da reciprocidade assimétrica dessa relação (conhecimento/ignorância). Esta assimetria gera um sistema de "controlo social", no qual o papel do profissional se estabelece em dimensões específicas, onde se articulam normas sociais e valores culturais. Nestas dimensões surge a valorização da competência, adquirida pela articulação do saber prático com o saber teórico ou a competência especializada adquirida por formação num domínio específico da sua actividade. Mais tarde Goode, considera que as profissões constituem comunidades, com identidade, valores, linguagem e estatuto próprio; têm poder de controlo sobre si, sobre seus membros, sobre a selecção e admissão de novos membros e também sobre a formação requerida. Desta forma, ganham autonomia em troca desta capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competência; monopólio através de licenças em troca de melhores serviços. O estatuto de profissão requer elevados níveis de conhecimento.

Chapoulie (1973) foi outro autor de linhagem funcionalista que considerou também existir, para além da especialização do saber, formação intelectual e ideal de serviço, o monopólio na realização das tarefas profissionais apoiado numa competência técnica cientificamente fundamentada, e na aceitação e utilização de um código de ética que regula o exercício profissional.

Grande parte dos pressupostos do modelo funcionalista, começaram a ser colocados em causa, surgindo uma série de ideologias numa perspectiva interaccionista (Paradigma Interaccionista). Os autores referem-se a Huges (1958) que colocou a ênfase na divisão do trabalho e considerou que uma actividade não poderia ser separada do conjunto daquelas em que se insere nem dos procedimentos de distribuição social das actividades. Esta divisão de trabalho é reconhecida como geradora de conflitos sociais, que implica uma hierarquização de funções e uma separação entre funções "sagradas" (funções essenciais) e "profanas" (funções secundárias). A autorização legal (licença) para exercer algumas actividades que outros não podem exercer e a obrigação legal, de assegurar uma função específica (mandato), são as duas operações que orientam a selecção dos profissionais e que constituem as bases da divisão moral do trabalho.

O movimento crítico na sociologia das profissões, a partir do final da década de 60, atingiu a conceptualização das profissões e a sua operacionalização; os modelos foram considerados a-históricos por ignorarem variações nas condições históricas sob as quais se desenvolvem diferentes formas de ocupação.

Ao longo das décadas de 70 e 80 do Século passado, emergiram uma pluralidade de orientações paradigmáticas e metodológicas em torno de um mesmo fenómeno: o poder das profissões.

> *"A explicação do fenómeno das profissões na perspectiva funcionalista repousa sobre critérios de legitimidade social; na perspectiva interaccionista, nas relações de negociação e conflito desenvolvidas pelas ocupações; agora as explicações alargam-se*

> *a critérios relacionados com o poder; o poder profissional, económico, social e político dos próprios grupos."* (Rodrigues, 1997,p.47)

Johnson (1972), Freidson (1970-1994) e Larson (1977), são autores que contribuíram, em muito, para consolidar o paradigma do poder. Johnson considera que as actividades ocupacionais são uma consequência geral da divisão do trabalho, e que a emergência de saberes ocupacionais especializados na produção de bens e serviços, gera relações de dependência social e económica e de distância social; isto é, existe uma correspondente desespecialização dos consumidores face à especialização da produção. Surge uma estrutura de incerteza, criada pela distância social, na relação entre produção e consumo e daí, resulta uma tensão que é determinada pela exploração. O grau de incerteza é variável, pode ser reduzido em função do contexto social e das relações de poder geradas; mas pode ser importante para a relativa autonomia e recursos que determinadas ocupações têm para fazer face a outras ocupações e para imporem as suas definições na relação com os clientes dos seus serviços. Por outro lado, esta incerteza não é inteiramente cognitiva, dispõe de uma complexidade do conhecimento, de esoterismo, de mistificação; no sentido de aumentar a distância, a autonomia e o controlo sobre a sua actividade profissional. Considera o profissionalismo como um tipo de controlo ocupacional.

Freidson, que publica trabalhos desde 1970 até 1994, data última em que reúne publicações mais recentes, dá outro sentido ao Paradigma do Poder. Enquanto Johnson colocava a ênfase sobre o controlo da relação com o cliente, Freidson coloca sobre a autonomia só possível com o monopólio do conhecimento e a protecção do mercado. Considera que profissionalização é um processo no qual uma ocupação obtém exclusivo direito para realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, assim como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado, e considera que a profissão é um *"princípio ocupacional de organização do trabalho"*. Do modelo de análise de Freidson, salienta-se a centralização nas

vantagens (*autonomia* e poder sobre o próprio trabalho) conferidas por monopólio do conhecimento ou *expertise* e por *credencialismo*, principais recursos do poder profissional.

Finalmente Larson diz que as comunidades profissionais são subculturas, lugares de aprendizagem e sobretudo um elemento essencial de delimitação do mercado de trabalho. O seu traço característico é o *monopólio* e o *fechamento* sobre um mercado de serviços profissionais. O controlo do acesso à profissão e a protecção do mercado seriam os meios utilizados para manter o monopolismo e o fechamento. Larson diz ainda que neste processo a competência deve ser previamente demonstrada. Salienta o papel dos poderes políticos, uma vez que este processo de fechamento social tem legitimidade jurídica e apoio político. A ênfase do poder profissional está no controlo do mercado e nos processos de monopólio (fechamento ou mercado protegido), implicando diferenciação e exclusão social.

Resultante da síntese das várias perspectivas sobre o poder profissional, Rodrigues (1997, p.58,59) refere que:

> *"O poder profissional seria, então, definido ou identificado pela capacidade de transformação de determinada ordem de recursos (cognitivos, políticos, relacionais/organizacionais, culturais e ideológicos) numa outra ordem (acesso privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controlo sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais), que no seu conjunto constituem áreas de incidência do poder profissional, mas também recurso de manutenção e alargamento desse mesmo poder"*.

A discussão em torno das profissões serem ou não consideradas como tal esteve presente e o estatuto de profissão atribuído à enfermagem chegou mesmo a ser posto em causa por muitos autores, que o exploraram exaustivamente, colocando em causa a sua veracidade.

À luz das orientações funcionalistas, a enfermagem, tem sido reconhecida apenas como uma semi-profissão, por não ter acedido ao reconhecimento profissional pelo seu próprio saber que lhe conferisse autoridade para ter os seus próprios domínios de decisão e iniciativa. Apesar de alguns sucessos do processo de profissionalização conduzido pela enfermagem, questões fundamentais como, a autonomia e o corpo de saberes próprio, têm condicionado este reconhecimento. Por outro lado, os enfermeiros são muitas vezes vistos, como estando numa posição subalterna ao médico e à administração hospitalar e que só a medicina tem verdadeira autonomia, sustentada pelo domínio do seu saber na divisão do trabalho nas instituições de saúde. A autonomia é considerada o principal atributo de uma profissão, e a enfermagem só pode atingir a autonomia própria de uma profissão se controlar um domínio da actividade separado do campo da medicina sem recorrer à sua autoridade (Colliére,1989; Soares, 1997).

A profissão de enfermagem está indissociavelmente ligada às transformações técnicas e sociais que estiveram por detrás da expansão do sistema hospitalar e dos cuidados de saúde. Abreu (2001) citando Meyer (1995) apresenta cinco fases históricas na produção social da profissão de enfermagem.

A primeira fase diz respeito ao *período pré-profissional*, no qual se pode identificar o modelo religioso. A assistência de enfermagem era orientada fundamentalmente por princípios religiosos e a principal motivação inerente ao cuidado residia na ideia de caridade. Nesta fase, a enfermagem era considerada um ofício, próximo da profissão médica, mas exterior à divisão médica do trabalho.

A segunda fase corresponde ao modelo *vocacional* e *disciplinar*, dando origem ao aparecimento de uma outra enfermagem e de uma visibilidade social renovada, com o contributo da histórica Florence Nightingale. O recrutamento, organização e formação de enfermeiras como profissionais vem, de facto, introduzir a moderna enfermagem. O exercício da enfermagem foi conduzido para uma vertente técnica, com base numa

formação cientificamente sólida, em princípios morais e na formação do carácter. Todos os cuidados de enfermagem eram realizados exclusivamente sob prescrição médica. Os ideais de caridade e moral foram substituídos pelo saber técnico, a devoção, a obediência e o carácter. Isto, marcou o desenvolvimento social e profissional dos enfermeiros e tem-se constituído um problema para a afirmação social da profissão.

A terceira fase corresponde ao período da enfermagem funcional, em que a prática de enfermagem é identificada como *auxiliar do médico*, desenvolvendo tarefas delegadas pelo médico, devido ao crescimento dos cuidados médicos em termos de diversidade e complexidade. O acesso ao conhecimento é cada vez maior. Através da formação e do reconhecimento social da sua actividade, é conquistado, com esta aproximação, o reconhecimento jurídico do exercício, a introdução de carreiras profissionais e a formação de diversos órgãos representativos. Contudo, a profissão ainda não era detentora de um domínio específico de conhecimentos. O saber de enfermagem centra-se tendencialmente, em técnicas de enfermagem, que se figuram mais como princípios de organização do que conhecimento propriamente dito.

A quarta fase é a da enfermagem científica, que se estende entre os anos quarenta e sessenta. Caracterizou-se pela preocupação em organizar princípios científicos orientadores da prática de enfermagem, dando uma dimensão intelectual aos cuidados de enfermagem. Há uma preocupação em construir um corpo de conhecimentos científico que sustente a prática assistencial. Os princípios de abnegação, submissão, moralidade e carácter começam a ser substituídos pelos da cientificidade e do profissionalismo.

A quinta e última fase inicia-se nos anos sessenta e decorre até à actualidade. Corresponde ao período de afirmação das teorias de enfermagem e das ciências de enfermagem, as quais se expressam na construção de instrumentos teóricos que permitam a apropriação do objecto de trabalho. Abreu (2001) dando voz a diferentes autores, refere que a enfermagem é uma profissão em transição. Neste processo de mudança a

enfermagem tenta conquistar progressivamente novas funções, competências e autonomias, sem contudo, perder um conjunto de valores que tradicionalmente têm referenciado a sua prática. Os conhecimentos no campo da enfermagem quer teóricos quer técnicos cresceram exponencialmente. As próprias instituições de saúde evoluíram, assim como os padrões de saúde e de doença e os enfermeiros passaram a assumir um papel central vendo crescer as suas actividades autónomas. Os enfermeiros reivindicam mais autonomia e o direito de não assumirem responsabilidade por actividades recusadas pelos médicos. Procuram uma nova independência na hierarquia dos poderes nos contextos de trabalho, e simultaneamente uma fuga ao controlo da divisão médica.

Ao contrário dos grupos profissionais cuja génese se inscreve numa relação de autonomia face às instituições como é o caso das profissões liberais, cuja autonomia funcional é mantida, mesmo quando estes exercem em contextos organizacionais, a enfermagem ficou sempre consignada a uma posição de dependência da instituição hospitalar. Isto deve-se ao facto deste ser o contexto de trabalho dominante dos enfermeiros, do qual advém a sua autoridade profissional. Esta filiação hospitalar impõe-lhes também um compromisso com a instituição e, portanto, um compromisso com as regras predominantes na instituição, que podem ter uma orientação diferente da defendida pela profissão (Lopes, 2001). A autora faz também referência à distinção teórica entre *profissão* e *profissionalismo*. Citando Freidson (1984), diz que o profissionalismo é definido como a adopção de um conjunto de atitudes relativas ao trabalho e à identidade profissional, que são características dos membros das profissões autónomas. Contudo, essas atitudes não asseguram, por si só, o carácter de profissão autónoma, já que este estatuto é indissociável do fechamento social e da autonomia funcional da profissão. Considera assim, que existem condicionalismos à plena autonomia funcional da enfermagem, na medida em que a sua actividade se inscreve num processo produtivo organizado em torno de uma profissão dominante. Desta forma, a total autonomia da enfermagem estará bloqueada e terá inviabilizada as condições necessárias para ascender a profissão autónoma. Basto (1998) defende outra concepção, quando diz que o

trabalho dos enfermeiros não é, nem se pretende que venha a ser, autónomo/independente. O que se pretende defender é um trabalho com o cliente, em primeiro lugar, e com os outros enfermeiros e os restantes membros da equipa de saúde, em segundo. Será sempre um trabalho interdependente.

Tem-se verificado efectivamente, que a enfermagem tem desenvolvido gradualmente estratégias de profissionalismo e que ambiciona adquirir a tal capacidade de controlo, que lhe permita aceder à tão desejada autonomia. Têm também surgido esforços no sentido de obter prestígio e reconhecimento na comunidade demonstrando competência nos serviços que oferece e acedendo a maiores níveis de conhecimento. Tem poder de controle sobre os seus membros e sobre a sua formação, contudo, continua a pairar sobre si o "fantasma" da medicina que assegura um "saber central" e uma "dominância profissional" clara, a qual se tem traduzido em autoridade para controlar e dirigir o trabalho de outras profissões da área da saúde, as quais se vêem remetidas para um estatuto periférico e dependente.

A autonomia profissional não pode ser apreciada só no colectivo, mas também a nível individual. A profissão de enfermagem existe e é feita de homens e de mulheres, de jovens e menos jovens, profissionais experientes ou iniciados (Hesbeen, 1997). São as pessoas que dão corpo à profissão, e daí ser oportuno analisar o significado do conceito de autonomia individual e de ser autónomo.

A palavra autonomia vem do grego *autos*, significa "eu mesmo", "si mesmo", e *nomos* significa "lei", "norma", "regra". O conceito de autonomia, presente em qualquer dicionário, é muito simples e diz que significa "ter a faculdade de governar-se por suas próprias leis e dirigir-se conforme sua vontade". Contudo, quando examinamos o conceito, constatámos que existe muita discussão sobre a sua conceptualização.

Segundo Medeiros (2002), a autonomia refere-se à auto-determinação, à acordo com os seus valores, suas necessidades e prioridades, demarcando

qual a sua vontade frente à realidade que vivência. A possibilidade de escolha é o alicerce da autonomia. Para que uma acção seja considerada autónoma têm que existir alternativas de acção. Se existe uma única opção, não existe possibilidade de exercício da autonomia. Por outro lado, a autonomia individual não é sinónimo de liberdade total, tendo em conta que as acções são condicionadas pelos diferentes contextos em que o sujeito vive. No entanto, dentro de um certo limite, é possível ao sujeito decidir e agir conforme sua vontade, seu desejo e interesse; ou seja, é possível que exerça a sua autonomia.

Haselager (2002) considera que a autonomia significa em parte, a capacidade do homem, de mudar situações no mundo por si próprio. Diz que um agente é autónomo quando as suas acções são verdadeiramente suas. Considera que a dificuldade deste conceito, tem a ver com o facto de todos os nossos desejos, escolhas e acções serem em parte causadas por factores de ordem social que normalmente estão fora do nosso controlo. Assim a verdadeira autonomia pode parecer um mito.

Todos os conceitos vão ao encontro de duas condições essenciais à autonomia: a liberdade (independência do controlo de influências) e a acção (capacidade de acção intencional). Uma pessoa autónoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objectivos pessoais e de agir na direcção desta deliberação. (Goldim, 2002). O autor refere-se também a Kant, para o qual a autonomia é a livre manifestação da vontade humana; ou seja, é a liberdade da vontade.

Assim verificamos que a autonomia tem diferentes significados, tão diversos como auto-determinação, direito da liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa (Beauchamp e Childress, 1999). Bueno e Queiroz (2003) referem também que os fundamentos da autonomia envolvem auto-direcionamento "self rule" e liberdade da vontade "free-will", representando basicamente a liberdade para fazer escolhas, tomar decisões ou seleccionar como dirigir determinada acção sem que haja controlo externo.

Hesbeen (1997) alerta para a habitual identificação da autonomia com independência, em que discorda, na medida em que podem existir situações em que as pessoas são dependentes mas autónomas e outras, em que as pessoas independentes não são autónomas. Da mesma forma, Bueno e Queiroz (2003) dizem que a autonomia, por vezes, também é confundida com autoridade, apesar de estar relacionada com este conceito. Consideram ainda, que existem palavras que podem conotar sentido contrário, como submissão ou anomia, heteronomia, ou seja, condição de receber algo de alguém que não seja o próprio. Por outro lado, Bernoux (s.d.) relaciona autonomia com poder, na medida em pode estar implícita numa função. A liberdade relativa dos indivíduos em qualquer organização, uma vez que cada um guarda uma possibilidade de actuação autónoma que utiliza mais ou menos, pode implicar o comprometimento da autonomia em zonas mal regulamentadas, combinando-se em jogos de poder. A autonomia pode ainda, inscrever-se num quadro formal, em que uma determinada posição hierárquica concede uma autonomia de decisão.

Neves (2002), considera que a tomada de decisão em enfermagem é um fenómeno recente, na medida em que, tendo em conta as várias fases que orientaram a transformação da profissão de enfermagem, aos enfermeiros não era exigido julgamento sobre as situações discernimento ou espírito crítico. Da mesma forma, não era exigido responsabilidade pelos seus actos nem permitido que interferissem no processo terapêutico do cliente. Este foi o papel da enfermagem durante muito tempo.

Hoje, a tomada de decisão faz parte do exercício profissional dos enfermeiros, implicando uma abordagem sistémica e sistemática. Neste processo os enfermeiros identificam as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas ao seu cuidado, prescrevem as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Na tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, tem em conta a investigação na sua prática.

II- PARTE – DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

1- OPÇÕES METODOLÓGICAS

A escolha de uma metodologia depende da perspectiva do investigador, do modo como este centrou o problema e procura normalmente obter as respostas. Os seus valores, preferências, interesses e princípios, reflectir-se-ão no seu trabalho de pesquisa. Ludke e André (1986) consideram que a maneira como o investigador vê o mundo, os pontos de partida e os fundamentos para compreender e explicar esse mundo, influenciarão a forma como planeia a sua pesquisa; isto é, os pressupostos orientadores do seu pensamento, vão também nortear a abordagem que fará na sua pesquisa.

Esta investigação centrou-se na compreensão dos significados da autonomia profissional na dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em ESMO. Neste sentido, foi necessário orientar a investigação segundo um paradigma, que fundamentalmente respondesse, ao modo como se desenvolvem e mantêm estes significados e não somente sobre os comportamentos. Procurávamos, de entre as várias formas de comportamento, obter os significados que os actores lhes atribuem. Assim, seguimos uma abordagem interpretativa, a qual permite obter os significados conferidos pelos enfermeiros especialistas em ESMO às acções que desenvolvem (Lessard-Hebert, 1996).

Este tipo de investigação, onde normalmente influem os métodos qualitativos, privilegia essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos enfermeiros especialistas em ESMO (Bogdan e Biklen, 1994). Para compreendermos o seu comportamento, tínhamos que aproximarmo-nos, para ser possível aceder aos significados que guiavam os seus comportamentos, respeitando a natureza do contexto onde naturalmente desenvolviam as suas práticas (Hammersley e Atkinson, 1994).

Normalmente, tínhamos que colher os dados em função de um contacto aprofundado com os informantes, no seu contexto ecológico natural (Bogdan e Biklen, 1994). Esta permanência e interacção com os informantes da investigação no seu próprio terreno através da sua linguagem, permitia-nos reunir um conjunto de dados descritivos: as próprias palavras das pessoas, faladas ou escritas, a conduta observável, situações, acontecimentos (Ludke e André, 1986; Taylor e Bogdan, 1996). Desta forma, poderíamos também, aprender a sua cultura ou sub-cultura, favorecendo a descrição detalhada da experiência vivida dentro deste grupo cultural em particular e das regras ou padrões sociais que o constituem (Hammersley e Atkinson, 1994). Procurámos assim, considerar o contexto social *imediato* e *afastado* dos informantes da investigação. No primeiro, os significados que os enfermeiros especialistas em ESMO atribuíam à autonomia profissional no contexto das suas práticas, poderiam variar em função do grupo que partilharia um sistema de valores próprio, uma micro-cultura. No segundo, a necessidade de considerar que os significados possuem uma história, que podem estar relacionados com uma cultura mais vasta que a anterior (Lessard-Hebert, 1996).

Esta forma de conduzir a investigação, não implicaria forçosamente, a inexistência de um quadro teórico orientador, na colheita de dados. O quadro teórico foi surgindo à medida que desenvolvíamos o estudo, e que íamos "afunilando" as questões e os nossos focos de interesse, tentando direccioná-los e especificá-los o mais possível (Ludke e André, 1986). Não existia um "desenho da investigação" muito concreto, mas apenas uma simples estratégia prática da investigação. Foi importante um período prévio de conhecimento exploratório e intuitivo, para que o desenho da investigação se fosse clarificando, mantendo-se um processo reflexivo em todas as etapas do desenvolvimento da investigação (Hammersley e Atkinson, 1994).

Por outro lado, o objectivo do nosso estudo, não era recolher dados ou provas com o objectivo de confirmar hipóteses prévias. Ao contrário, à

medida que os dados iam sendo recolhidos, pretendíamos analisá-los indutivamente, não sendo a generalização dos resultados a preocupação central. A nossa preocupação centralizou-se na obtenção de dados primários, dados que nos permitissem descrever a situação em estudo, através de material produzido pelos informantes (ex: frases tiradas de entrevistas), de forma a podermos ilustrar a sua perspectiva; isto é, a maneira como normalmente vêem o mundo e as suas próprias acções (Ludke e André, 1986).

Poderemos considerar o nosso estudo, como tendo uma orientação etnográfica, principalmente pelas características deste tipo de pesquisa. Normalmente, a etnografia possui as características básicas de um estudo qualitativo, mas está fortemente relacionada com o conceito de cultura. Traduz-se numa "descrição ou reconstrução analítica de cenários e grupos culturais (...), recria para o leitor as crenças, práticas, artefactos, conhecimento popular e comportamentos de um grupo de pessoas" (Goetz e LeCompte, 1988,p.28). Spradley (1979,p.5) refere que a etnografia faz descrições culturais a partir do ponto de vista natural; isto é, permite mostrar o comportamento social de um grupo particular de pessoas, através das suas próprias narrativas. Para o autor, "o essencial da etnografia é a preocupação com o significado da acções das pessoas que procuramos conhecer. Alguns destes significados são expressos directamente na linguagem e outros são expressos pelas acções". Permite apreender o conhecimento que as pessoas usam para interpretar experiências e gerar comportamento social.

Todos os grupos humanos, que estão juntos por um período de tempo, são detentores de uma cultura. Nesta perspectiva, consideramos que o hospital é uma instituição socio-cultural, que os enfermeiros especialistas em ESMO detêm uma cultura profissional e que, uma unidade de cuidados num hospital pode ser vista como uma sub-cultura (Munhall e Boyd, 1993).

A etnografia é um dos etnométodos das ciências sociais. Os etnométodos permitem "compreender o modo como as pessoas percebem, explicam e

descrevem a ordem no mundo que habitam" (Bogdan e Biklen, 1994,p.60). Para estes autores, a etnometodologia não se refere aos métodos que os investigadores utilizam na recolha de dados, refere-se à matéria substantiva a ser investigada. Lessard- Hebert (1996,p.58) considera que, a etnometodologia "tenta compreender a racionalização das práticas quotidianas através de determinados tipos de enunciados da linguagem comum"; dá relevo às práticas discursivas na esfera do social.
O método de pesquisa *etnoenfermagem*, criado por Leininger, derivou em parte da etnografia, focando-se no fenómeno de enfermagem a partir de uma perspectiva cultural (Munhall e Boyd, 1993). Subentende-se que o termo etnoenfermagem, refere-se ao estudo do modo como os enfermeiros constroem e compreendem as suas vidas quotidianas (Bogdan e Biklen, 1994).

Neste sentido, assumimos estes pressupostos, tendo também em conta Leininger (1991) citada por Parreira (2000,p.41), que se refere à investigação em etnoenfermagem "como aquela que tem como propósito descobrir a natureza, essência, atributos, significados, características e compreensão de fenómenos particulares sob estudo, sendo imperativo usar-se os critérios qualitativos".

Assim, no nosso estudo, respeitamos os dois conceitos *emic* e *etic* obrigatórios no método da etnoenfermagem, de forma a obter uma compreensão a mais perfeita possível dos fenómenos, conforme Leininger preconizou. A tentativa de descrever o comportamento dos enfermeiros especialistas em ESMO, a exercer funções numa sala de partos de um hospital especializado, utilizando conceitos e linguagem própria de enfermagem nesta área específica do conhecimento diz respeito à perspectiva *emic*, na qual é importante conhecer o ponto de vista dos informantes para conhecer o significado cultural. Assim, houve também que explorar a linguagem para reconhecer o esquema de referência e a percepção que o grupo tinha da realidade. As interpretações e explicações das manifestações do comportamento, segundo uma perspectiva teórica e a nossa própria linguagem, diz respeito à perspectiva *etic*, em que o aspecto

cognitivo para a compreensão e interpretação da cultura do grupo é de menor importância que o comportamento.

2- SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta o objecto do estudo, foi fundamental eleger um subgrupo representativo do grupo que pretendíamos estudar, para o qual as questões de investigação seriam pertinentes, assim como os contextos potencialmente associados (Goetz e LeCompte, 1988).

Optámos por escolher um subgrupo de 22 enfermeiros especialistas em ESMO. Esta amostra poder-se-á considerar de conveniência e intencional, porque tivemos em conta a facilidade do acesso, o que facilitaria de algum modo a nossa permanência em campo. A selecção de informantes-chave baseou-se nos critérios de Spradley (1979), tal como: conhecimento total da sub-cultura do estudo adquirida pela experiência obtida ao longo da sua permanência no serviço; actual envolvimento na cena cultural; disponibilidade de tempo; facilidade de expressão. Esta escolha desenvolveu-se ao longo do estudo com alguma flexibilidade.

3- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado num hospital especializado em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia. É uma instituição com longa história, pertencente ao extinto Instituto Maternal e que conseguiu até hoje, manter o aspecto físico que sempre a caracterizou. Fruto de anteriores concepções político-ideológicas sobre a maternidade e paternidade, esta instituição distinguiu-se na época, por inovações na assistência à mãe, recém-nascido e família, as quais modelaram definitivamente o actual modelo cultural da instituição no que respeita à assistência oferecida. Hoje, com cerca de 3000 partos por ano, continua a ser uma instituição de referência, ao serviço do casal, do feto/recém-nascido, da família e da comunidade, oferecendo uma variedade de meios humanos e técnicos, a par dos avanços científicos e tecnológicos que caracterizam as últimas décadas.

O edifício é constituído por rés-do-chão, 1º, 2º, 3º e 4º andar. Exteriores ao edifício existem outras estruturas e jardim, que também pertencem à instituição. A sala de partos, unidade onde foi realizado o estudo, é pequena e nem sempre adequada às necessidades da instituição. Situa-se no 2º piso e no hall em frente à sua porta principal é costume estarem familiares ou pais que aguardam o nascimento do bebé. Passando a porta principal existe um pequenino hall onde está um armário com roupa destinada a uso no serviço. A porta seguinte é de acesso reservado apenas a profissionais e introduz-nos directamente dentro da sala de partos. Aquilo que se vê de imediato é um grande espaço comum onde existe uma mesa no centro da sala e alguns armários.

Do lado esquerdo ficam 3 quartos e do lado direito junto à porta de entrada existe mais um quarto, destinados às parturientes internadas no serviço, onde fazem o período de dilatação e expulsivo. Nestes quartos, apenas existe uma cama apropriada ao nascimento, sendo possível adaptá-la à

posição ginecológica no momento do parto, armários com todo o material necessário e uma mesa que serve para colocar a "trouxa de partos", um cardiotocógrafo, fonte luminosa propícia para a execução da perineorrafia, um suporte de soros com 2 bombas infusoras, uma mesa-de-cabeceira. Existe também no local um aparelho de ultrassons para auscultação dos batimentos cardíacos fetais. Os quartos da ala esquerda têm acesso a um corredor que em tempos remotos se destinava à observação das parturientes pelos familiares, uma vez que a sua presença não era permitida dentro da unidade. Hoje, é neste corredor que circulam as visitas, principalmente o companheiro. Estes quartos não têm muita decoração, apenas existe na parede um quadro alegórico com uma foto de recém-nascido.

Defronte à entrada da unidade, fica a denominada sala dos cuidados imediatos ao recém-nascido. É uma sala aquecida apetrechada com todo o material e equipamento necessário à reanimação do recém-nascido. Tem ligação por uma porta com um pequeno Bloco Operatório, onde normalmente ocorrem as cesarianas e outras cirurgias do foro obstétrico. Este Bloco Operatório situa-se no lado direito da unidade e tem ligação com uma sala de apoio, onde existe equipamento de esterilização de arrastadeiras, roupa suja e lixo. Ao lado desta sala existe uma sala de lazer equipada com televisão e sofás, onde qualquer elemento da equipa de multidisciplinar pode descansar. Esta sala de lazer tem uma janela para o exterior.

Como se vê, a unidade é pequena e não existe sala de enfermagem ou gabinete médico, pelo que normalmente os enfermeiros e os médicos se reúnem na sala de lazer ou junto da mesa no centro da unidade.

No serviço apenas trabalham Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O horário praticado pelos enfermeiros é o horário rotativo, com excepção do enfermeiro chefe e outro enfermeiro da unidade. O turno da manhã e tarde é assegurado por três enfermeiros e o turno da noite por dois enfermeiros. A gestão da unidade é feita pelo

enfermeiro chefe, e em cada turno existe um enfermeiro responsável pela coordenação dos cuidados. Por outro lado, também existe na equipa, um enfermeiro responsável pela formação em serviço, que desenvolve um projecto de formação anual no serviço, tendo em conta as necessidades da equipa de enfermagem e as situações/problemas passíveis de intervenção para resolução ou minimização, sempre com o objectivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, o método preconizado no serviço é o individual e é o enfermeiro chefe ou o enfermeiro responsável que faz a distribuição das parturientes, pelos enfermeiros do serviço presentes no turno.

4- PROCESSOS DE RECOLHA DE DADOS

O estudo, enquanto investigação qualitativa, teve como objectivo, conhecer que significados os enfermeiros especialistas em ESMO atribuem à autonomia profissional no contexto das suas práticas. O problema em estudo tinha como questão, que significados explícitos, manifestos ou latentes tem a autonomia nas práticas dos enfermeiros especialistas em ESMO, na sala de partos de um hospital especializado? Para conseguirmos investigar esta problemática, foi necessário obter dados através da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas.

Depois de autorizado o pedido para acesso ao campo de estudo em Fevereiro de 2001, contactamos o enfermeiro chefe da sala de partos para lhe comunicar que tipo de estudo pretendíamos desenvolver e pedir a sua colaboração. Optámos por colocá-lo a par do estudo e pedir-lhe que fosse comunicando à restante equipa de enfermagem sobre a nossa presença no serviço. Pedimos ainda, para que não revelasse à equipa os objectivos reais do estudo e explicámos-lhe que pensávamos que assim seria mais fácil obter dados mais reais, porque os informantes não iriam alterar os seus comportamentos se não soubessem concretamente o que estaríamos a observar. Combinámos que apenas lhes diríamos que estávamos a observar as suas práticas para compreender o que fazem, como fazem e porque fazem. O enfermeiro chefe foi muito atencioso e manifestou muita disponibilidade e interesse em nos ajudar no que fosse necessário.

Apesar da disponibilidade do enfermeiro chefe, tentámos individualmente explicar a cada enfermeiro do serviço o objectivo da nossa presença ali e aproveitámos também, para lhes pedir colaboração durante o tempo que iríamos lá passar em observação e nas entrevistas que poderiam ser necessárias realizar.

4.1- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

O processo de recolha de dados através da observação participante decorreu entre Março de 2001 e Novembro de 2001. A permanência em campo foi de dois dias por semana, duas a três horas por dia. Tendo em conta o horário de trabalho rotativo da equipa de enfermagem da sala de partos, tivemos que decidir como iríamos planear as horas de investigação. Assim, de acordo com Hammersley e Atkinson (1994), para observarmos todos os turnos, optámos por observar o turno da manhã durante vários dias, depois o turno da tarde e o da noite, através da sobreposição de horários em dias consecutivos (ex: das 9h às 11h; das 10h às 12h; etc).

A observação participante é considerada a principal técnica etnográfica de recolha de dados num estudo etnográfico. Para Léssard-Hebert (1996) é desta forma que podemos compreender o mundo social do interior, partilhando a condição humana dos indivíduos que observamos. Permite-nos aceder às perspectivas de outros seres humanos, vivendo as mesmas situações e os mesmos problemas. Desta maneira, podemos recolher dados sobre acções, opiniões, significados, aos quais não teríamos acesso do exterior.

Por outro lado, a observação participante serve para obter dos indivíduos as definições que têm da realidade e os construtos que organizam o seu mundo; assim como permite o contacto com expressões linguísticas específicas do grupo estudado (Goetz e LeCompte, 1988).

Desta forma, pretendíamos participar na vida do grupo em situações determinadas e tentar conhecer a sua vida, a partir do interior dele mesmo. De acordo com Gil (1989) a nossa observação foi artificial, porque apenas nos integramos no grupo com o objectivo de realizar a investigação. Por outro lado, também nos atrevemos a afirmar que foi natural, não por pertencermos ao mesmo grupo que investigamos, mas por apresentarmos as mesmas características semelhantes aos elementos do grupo. Para além

de sermos enfermeira especialista em ESMO, trabalhámos na instituição cerca de seis anos e orientamos ensinos clínicos em enfermagem na mesma, pelo que a nossa cara não era desconhecida para os elementos do grupo, em que muitos já tinham sido nossos colegas de trabalho e até colegas durante a nossa formação especializada.

Assim, o acesso ao grupo esteve facilitado e apenas sentimos necessidade de não revelar os verdadeiros objectivos da pesquisa. Contudo, foi necessário fazer um verdadeiro esforço para controlar os nossos próprios sentimentos e juízos de valor que poderiam ser fontes possíveis de enviezamentos (Bogdan e Biklen, 1994). Tentámos tratar o lugar com *estranhamento antropológico* (Hammersley e Atkinson, 1994). Tanto quanto possível, tentámos respeitar o contexto natural do grupo, sem que este fosse contaminado pelo investigador.

Hammersley e Atkinson (1994) referem que através da observação participante é possível aprender a cultura ou sub-cultura do grupo que estudamos e podemos até, chegar a interpretar o mundo da mesma forma que eles o fazem. Germain (1993) considera que a observação participante significa emergir nos dados culturais do campo. Como pesquisadores tentámos vir a ser uma parte da subcultura que estudamos, participando de forma submissa para induzir a menor mudança possível. A observação participante permite-nos ver para além das declarações de comportamento ideal (conceptualização cognitiva de cultura) observar directamente comportamentos (conceptualização comportamental de cultura), então a correspondência ou a discrepância entre declarações culturais reais e ideais podem ser descritas, avaliadas e explicadas.

A escolha dos informantes-chave, foi importante para nos familiarizarmos com o campo de estudo e aceder mais facilmente às situações. Goetz e LeCompte (1988) consideram que os informantes-chave são indivíduos que possuem conhecimentos, status ou destreza comunicativa especial e que estão dispostos a cooperar com o investigador. Normalmente são escolhidos porque têm acesso a dados inacessíveis para o investigador. Podem ser

pessoas com muito tempo na comunidade, conhecedoras dos ideais culturais do grupo.

De um modo geral, os investigadores cultivam relações estreitas com algumas pessoas respeitadas e conhecedoras nas primeiras etapas da investigação – informantes-chave. Na tradição da observação participante, os informantes-chave são quase figuras heróicas; são os melhores amigos do investigador no campo. Os informantes-chave apadrinham o investigador e são as suas fontes primárias de informação (Taylor e Bogdan, 1996). Germain (1993) refere que todos os que proporcionem dados são informantes. Os informantes-chave e outros informantes são detentores de cultura e são uma parte importante do processo de pesquisa.

Spradley (1979) considera a existência de alguns requisitos que devem orientar a escolha dos informantes-chave, tal como já referimos foram os que orientaram a escolha dos informantes chave para a nossa investigação.

- disponibilidade necessária de tempo para participar no desenrolar das entrevistas e encontros;
- conhecimento global e pormenorizado do objecto em estudo;
- antiguidade na comunidade;
- capacidade de expressão.

A observação participante permite recolher dois tipos de dados: aqueles que são registados nas «*notas de campo*» que são do tipo da descrição narrativa; e aqueles que o investigador anota no seu «*diário de bordo*», que pertencem ao tipo da compreensão porque apelam à subjectividade (Léssard-Hebert, 1996).

Assim, utilizámos esta metodologia para registo dos dados. Esta experiência foi também um longo processo de aprendizagem. Durante as observações, usámos um bloco de notas no bolso, onde se foram tomando notas que nos permitissem mais tarde descrevê-las detalhadamente. Normalmente isso acontecia ainda no mesmo dia, eram desenvolvidas e guardadas. Este processo tornou-se exaustivo, mas só assim era possível descrever com

fidelidade aquilo que observáramos. Primeiro, tentámos fazer a descrição completa do local de estudo, descrever o que se passara, as conversas, as actividades, os comportamentos, as relações interpessoais, as expectativas, as necessidades, as dúvidas, as opiniões. Depois fazíamos em local diferente as nossas próprias reflexões e a nossa vivência da situação, as nossas expectativas, receios, hesitações, conquistas, boas e más relações, sentimentos. Era importante registar tudo isto e foram importantes, os primeiros dias de observação, que no fundo, constituíram como que uma fase exploratória em que nos colocávamos à prova, testando as nossas capacidades de investigadora, em momentos de entusiasmo e outros de algum desânimo.

Em determinada altura, sentimos necessidade de alterar a forma como estávamos a fazer estes registos. Decidimos utilizar apenas o que chamámos de «*diário de campo*» onde registámos as notas de campo e também os comentários do observador. Esta decisão surgiu porque sentimos que, muitas das vezes, à medida que fazíamos as descrições narrativas, depois de algumas horas de observação, sentíamos necessidade imediata de tecer alguns comentários ou fazer alguns comentários, àquela situação específica que acabáramos de narrar. Tinha mais lógica fazê-lo de imediato, distinguindo do texto, os comentários que fazíamos. Assim, resultou apenas um local de registo.

Durante a observação realizaram-se várias entrevistas informais aos observados, no sentido de validar algumas interpretações e conhecer os significados que atribuíam a determinada situação da prática.

Na colheita de dados utilizámos o Modelo da Observação-Participação-Reflexão (OPR), modificado por Leininger, em que a fase de reflexão foi acrescentada no sentido de permitir confirmar dados importantes e essenciais das pessoas estudadas (Leininger, 1991 citada por Parreira, 1995). Este modelo compreende três fases: observação, participação e reflexão. Na prática estas fases desenvolvem-se da seguinte forma:

- Observação

- Observação com pouca participação
- Participação com alguma observação
- Observação reflexiva

Primeira Fase

Nesta fase o investigador tenta obter uma visão global da situação e vai fazendo de forma gradual observações detalhadas. Observar e escutar são aspectos fundamentais. Nesta fase inicial o investigador também é observado e testado (Parreira, 1995).

Nesta fase foi, como investigadora, quando tivemos o primeiro contacto com o campo a observar. Como já anteriormente referimos, já trabalhámos na instituição durante seis anos. A sala de partos não era por isso um serviço estranho para nós, conhecemo-la de lá ir em serviço buscar puérperas e também foi um dos campos de estágio na nossa formação especializada. A maioria dos médicos, que normalmente lá circulavam, era os mesmos que circulavam pelos pisos de internamento, pelo que também já nos conhecíamos bem. Os enfermeiros e auxiliares, também eram conhecidos. Há cerca de um ano, que nos tínhamos ausentado da instituição, para exercer funções de assistente numa escola superior de enfermagem e por isso, ainda conhecíamos quase toda a gente na instituição e sentíamo-nos muito acarinhada por todos. Por outro lado, iniciámos esta fase, quando orientávamos alunos em ensino clínico na instituição, por isso não foi uma grande surpresa quando permanecíamos mais algum tempo neste serviço.

Esta situação muitas vezes constituía um enigma para muitos os que ali trabalhavam. Primeiro pensavam que estávamos ali a orientar os alunos, outros não percebiam muito bem o que ali fazíamos. Depois, vinham as perguntas, e vezes sem conta, tivemos que explicar o que fazíamos ali, o que pretendíamos estudar, a importância da sua colaboração. A nossa presença foi bem aceite e desde cedo, soubemos quem seriam os nossos informantes-chave.

Inicialmente, tentámos adaptarmo-nos no grupo o mais possível e ultrapassar a "fase da novidade", que levava sempre algumas pessoas a questionar ou especular sobre a nossa presença. Depois, tentámos observar e registar tudo o que acontecia. Foi difícil controlar o que observávamos indo ao encontro dos objectivos do estudo e foi necessário disciplinar-nos nesse sentido.

Foi nesta fase que surgiram as primeiras dúvidas sobre os registos. Registar o quê? E como? Não queríamos tirar notas junto das participantes e tentámos, de tempos a tempos, simular uma saída ao quarto de banho, uma ida ao bar ou uma ida ao gabinete do chefe, para escrever algumas notas no bloco que nos fizessem mais tarde recordar. Mas, nem sempre foi fácil fazer estas saídas estratégicas. Na maioria das vezes, rabiscávamos qualquer coisa de forma discreta no local e mais tarde, já em casa, quando descrevíamos detalhadamente, esses poucos rabiscos associados à nossa boa memória, eram suficientes.

Outra dificuldade logo nesta fase, foi controlar no campo de investigação os nossos próprios sentimentos e os impulsos de interferir na acção. Tentámos treinar uma postura compatível à obtenção de dados reais, sem interferir na forma como os observados organizavam o seu mundo.

Segunda Fase

Nesta fase a observação prossegue já com alguma participação. O investigador já interage com as pessoas e dedica-se mais a observar (Parreira, 1995).

É difícil dizermos quando uma fase acaba e a outra começa. Contudo sentimos que esta fase chegou rapidamente, talvez porque, não precisámos de tanto tempo para quebrar o gelo e poder interagir com os participantes. Poderemos dizer que esta fase se misturou um pouco com a anterior. Desde cedo, começámos a colaborar com os enfermeiros nalgumas situações

como: atender o telefone, mudar um frasco de soro, chegar-lhe algum material, ajudar a parturiente a passar da cama para a maca e vice-versa, entre outras. Sempre nos disponibilizamos a ajudar e participar, mas também deixámos bem claro que nos interessava acima de tudo observar e que não poderíamos envolver-nos plenamente nas actividades do grupo. Foi difícil resistir a esta tentação, quando nos diziam "*...então? és tu que vais fazer este parto?*". A nossa vontade era, de facto, equiparmo-nos e esquecermos o que ali estávamos de concreto a fazer. Depois, colocávamos a "cabeça no lugar" e respondíamos que para nós era mais importante observar esta situação do que sermos os principais actores nela.

Nesta fase, começou a ser mais fácil colocar questões aos informantes porque eram colocadas com maior naturalidade e surgiam espontaneamente ao longo da interacção.

Terceira Fase

Nesta fase o investigador adopta um papel participativo nas actividades do grupo. Pode tornar-se difícil fazer observações detalhadas, de todas as situações. Contudo, é importante manter-se o mais possível observador atento (Parreira, 1995).

Foi mais difícil perceber a mudança que nos colocou nesta fase. Muitas vezes envolvíamo-nos nas situações participando e sentíamos depois, que assim, era difícil colher dados detalhados. Esta percepção obrigou-nos algumas vezes a pensar que teríamos que nos manter muito atentos para manter esta forma de estar em campo. Agora já não tínhamos dúvidas sobre o que e como observar. Já há algum tempo que estávamos em campo e tornou-se mais fácil mobilizar as habilidades que um investigador deve ter quando faz observação. Se sempre sentimos ser aceite no grupo, agora quase éramos um dos elementos do mesmo. Partilhávamos conversas, discutíamos situações do serviço, pediam-nos opiniões. Esta proximidade levou a que um enfermeiro nos dissesse um dia rindo "*...eu até me esqueço*

que andas a observar-nos...aliás, nem precisavas vir para cá ver o que fazemos, tu já sabes há muito tempo". O nosso papel estava já quase que esquecido pelos observados e este enfermeiro deu-nos uma prova disso. Ficámos satisfeita porque assim tínhamos conseguido observar discretamente as situações, sem que as pessoas se tivessem sentido observadas.

Última Fase

Nesta fase, as observações assumem um carácter reflexivo com o objectivo de conhecer o impacto dos acontecimentos na vida das pessoas. Consiste em recordar o desenrolar de todo o processo (Parreira, 1995).

Agora, sentimos necessidade de suspendermos a observação e fazermos uma reflexão profunda, acerca dos dados até aqui colhidos. Assim, iniciámos o processo de reflexão e análise sobre os dados.

4.2- ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

A entrevista foi outra das formas seleccionadas para recolha de dados. Para Bogdan e Biklen (1994,p.134) "a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo".

Utilizámos a entrevista a par com a observação participante, para podermos confrontar a nossa percepção do significado atribuído pelos informantes aos acontecimentos, com aquela que os próprios informantes exprimem. No fundo, foi uma forma de complementar a observação participante, mas também para recolher dados válidos sobre as opiniões e ideias dos sujeitos observados (Lessard-Hebert,1996). De entre as várias formas de entrevista, optámos pela entrevista semi-estruturada, por se desenrolar a partir de um

esquema básico não rígido, permitindo-nos fazer as adaptações necessárias (Ludke e André,1986).

O facto de já sermos conhecida e destas ocorrerem fundamentalmente no final do período da observação participante, facilitou o processo da entrevista, levando a que frequentemente esta se assemelhasse a uma conversa entre amigos. Apesar desta informalidade, sempre procurámos respeitar o entrevistado e isso traduziu-se, num respeito pela sua disponibilidade, procurando escolher o local e o horário mais adequado. Assim, das oito entrevistas realizadas, a maioria decorreram no serviço, no gabinete do enfermeiro chefe, ou num quarto que no momento se encontrasse vago. Apenas uma das entrevistas foi realizada em casa do entrevistado.

Antes de iniciarmos a entrevista, informávamos sobre os objectivos da mesma, aspecto que sempre surpreendia os entrevistados, pois até ao momento desconheciam qual o verdadeiro objectivo do estudo. De forma geral aceitavam colaborar e mostravam compreender o porquê da necessidade de termos encoberto a verdadeira finalidade do estudo. Tranquilizava-os também, saber que os dados colhidos seriam sigilosos e que o anonimato seria respeitado. Para além disto, sempre tivemos o cuidado e a preocupação de pedir a colaboração, no sentido de comunicarem efectivamente o que pensam e sentem sobre as questões que iriam ser abordadas, pois só assim se obteriam opiniões verdadeiras. Os registos, após prévio conhecimento e aprovação dos informantes, foram gravados em fita magnética.

As questões colocadas prendem-se com os significados que a autonomia tem na prática dos enfermeiros. Ao longo da entrevista, fomos pedindo esclarecimentos sobre factos que nos pareciam pouco claros e houve questões, que foram formuladas a cada um dos informantes, sobre aspectos seleccionados da observação participante e análise que careciam de clarificação.

Ao longo das entrevistas, todos os informantes se envolveram nas questões, embora fossem considerando que não era um tema fácil de abordar.

> *"Isto é mesmo muito difícil, autonomia profissional...eh pá, isto realmente! Oh Rosa, tu és muito complicada pá!"*(E4,p.1,3)

> *"Ai, essa é difícil. É difícil de responder."* (E8,p.4)

Muitas vezes, existia dificuldade em responderem, o discurso era lento com alguns períodos de silêncio, verbalizando os significados com frases curtas constantemente interrompidas por outros termos na tentativa de dar resposta. Por outro lado, havia períodos de rapidez linguística em que as palavras fluíam quase que mais rápido que o pensamento, interpolando-se. De uma maneira geral, ficámos com a sensação, que apesar da dificuldade de resposta às questões, estas obrigam à reflexão e de uma certa forma apaixonaram os informantes porque no fundo deixaram-lhes questões, dúvidas, desejos, receios e até, porque não dizer, esperança.

> *"(...)Estás a dizer-me uma coisa que nem nunca me lembrei (...) e isso aí tens toda a razão, nem nunca pensei nisso."* (E2,p.11)

Ouvir atentamente e estimular o fluxo natural de informações, sem forçar o rumo das respostas, foi garantido num clima de respeito e confiança para que o informante se sentisse à vontade para se expressar livremente. Contudo, a interacção que se estabeleceu foi para nós importante, no sentido de compreender melhor o discurso. As respostas não verbais como: gestos, expressões, hesitações e alterações de ritmo ajudaram-nos a compreender e a avaliar o que foi efectivamente dito (Ludke e André, 1986). As entrevistas tiveram uma duração que oscilou entre os quarenta e cinco minutos e uma hora e cinco minutos.

Posteriormente, após a realização de cada entrevista e o mais cedo possível, foi feita a transcrição integral da mesma e depois de cada transcrição, era ouvida novamente a gravação para detectar qualquer falha e

assim proceder à sua correcção. Este processo foi moroso e até, de certa forma, maçador.

Para validar as entrevistas com os informantes, foi entregue a cada um a transcrição do seu discurso, para que o lessem e permitindo-lhes corrigir algo, clarificar qualquer ideia ou anular algum aspecto. Combinámos a devolução do documento final onde deveriam estar assinadas todas as folhas. Foram introduzidas as alterações propostas e no sentido de procedermos à análise dos dados, identificámos cada uma das entrevistas e omitimos nomes verdadeiros.

5- PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados esteve presente em vários momentos da investigação, tornando-se mais formal e sistemática após o término da colheita de dados. De acordo com Goetz e LeCompte (1988), tendo em conta a orientação etnográfica do estudo, fizemos análise da informação que dispúnhamos ao longo de todo o estudo, e utilizámos essa informação para recolher mais dados e aprofundar a cultura dos significados que os informantes atribuíam à autonomia profissional no contexto das suas práticas. O processo de recolha de dados e a análise estiveram indissoluvelmente associados.

Na análise dos dados seguimos o modelo de análise proposto por Spadley (1979, 1980), principalmente pela forma estruturada como o modelo se apresenta. O autor define a análise etnográfica como a investigação das partes de uma cultura, as relações entre essas partes e as relações dessas partes com o todo. As estratégias de análise têm como principal objectivo, descobrir o sistema de significados culturais que as pessoas usam. No seu modelo, propõe quatro tipos de análise: análise de domínios, análise taxonómica, análise componencial e análise de temas.

Os registos da observação participante foram utilizados principalmente para descrever o local de estudo, para identificar acções e expressões que constroem a prática dos enfermeiros, para compreender que significados explícitos, manifestos ou latentes tem a autonomia na sua prática e para orientar as entrevistas formais e informais. As entrevistas expressam os significados, que os enfermeiros atribuem à autonomia nas suas práticas.

Assim, todo o material em análise - constituído por páginas e páginas de registo das notas de campo da observação participante e pela transcrição das entrevistas - foi lido várias vezes, no sentido de encontrar no meio das palavras e frases nomes para *as coisas*, incluindo *objectos*, *eventos e*

actividades que observámos, atribuindo-lhes significado. Fomos fazendo na margem direita das folhas, anotações das categorias menores ou termos incluídos, que dariam origem a uma relação semântica e às categorias maiores ou termos encobertos. Esta fase foi cansativa e muito angustiante, pela inexperiência e pela quantidade de dados que tínhamos em análise.

Seguimos os passos de Spradley e fizemos cartões com o formato de 12 x 8 para facilitar o manuseamento. Nestes cartões fomos agrupando os termos incluídos tendo em conta os termos encobertos e tentando estabelecer uma relação semântica entre eles. Esta fase implicou, uma filtração muito pormenorizada dos termos incluídos ou categorias menores e uma constante validação da sua relação semântica com o termo encoberto, mais abrangente. Isto permitiu uma visão mais real dos domínios de acordo com o objectivo do estudo. No final resultou 17 domínios culturais que traduzem os significados da autonomia profissional na dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em ESMO.

Para a análise taxonómica, seleccionamos um domínio cultural, conforme propõe Spradley, mostrando as relações entre todos os termos incluídos nesse domínio permitindo uma visão mais precisa. Assim, tivemos que recorrer de novo à leitura das notas de campo e das entrevistas com o sentido de agrupar os dados numa taxonomia. Esta fase exigiu alguma concentração e reflexão.

Após conclusão da análise anterior, optámos pela análise temática. Spradley (1980) refere que os temas podem ser formulados a diferentes níveis de abstracção, desde afirmações sobre determinados tipos de contextos, até afirmações universais sobre os seres humanos, o seu comportamento e as situações envolventes. Para os propósitos da investigação etnográfica um tema cultural é como um princípio cognitivo, recorrente num número de domínios, tácito ou implícito, e servindo como uma relação entre subsistemas de significado cultural. Para o autor, quando uma ideia ocorre em mais do que um domínio isso sugere a possibilidade de um tema cultural, os quais não aparecem necessariamente em todas as partes de uma cultura,

podem ocorrer apenas num contexto restrito ou apenas em dois ou três domínios. Os temas são descobertos pela imersão nos dados e isso implicou que nos envolvêssemos profundamente, emergindo daí um tema cultural que denominamos de: *A autonomia depende da vontade individual*, que indica a concepção que os enfermeiros especialistas em ESMO têm da autonomia nas suas práticas.

6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O acesso ao campo foi negociado, através de um pedido de autorização, colocado por escrito ao Presidente do Conselho Directivo da instituição, em 31 de Janeiro de 2001. No pedido foi apresentado o objectivo principal do estudo; tipo de estudo que pretendíamos realizar; como iríamos recolher os dados e um compromisso de respeitar integralmente todas as formalidades éticas que envolvem um estudo científico. Por outro lado, demos a conhecer os motivos da escolha da instituição e prometemos manter o seu anonimato e o dos intervenientes no estudo, assim como não perturbar o bom funcionamento dos serviços. Tentámos agir de acordo com o que Bogdan e Biklen (1994) preconizam, sermos claros, explícitos e respeitar estes termos até à conclusão do estudo. Por outro lado, consentimos na promessa de oferecer um exemplar da monografia à biblioteca da instituição, a qual também pretendemos levar a sério.

Tivemos a preocupação de tratar respeitosamente os informantes, obtendo o seu consentimento para os acompanhar. Se por ventura, algum deixava transparecer menos vontade, tentava respeitar isso e optava por observar outro enfermeiro que mostrasse mais disponibilidade para colaborar connosco.

A identidade dos enfermeiros foi protegida desde o início, tal como havíamos prometido no acordo com o órgão de gestão da instituição, de forma a não causar qualquer transtorno ou prejuízo aos informantes do estudo. Este princípio começou logo nos registos das observações. Optámos por tratar qualquer enfermeira/o na vertente masculina para manter o anonimato do único elemento masculino existente na equipa. Optámos também por atribuir nomes fictícios aos enfermeiros, nas descrições presentes no Diário de Campo, que utilizámos para fundamentar o nosso discurso. Da mesma forma, mantemos esta decisão no relatório do estudo que apresentamos,

identificando os discursos das entrevistas com (E) e os registos das notas de campo com (NC).

Por outro lado, houve a preocupação de não revelar informações a terceiros sobre os informantes. Também não revelámos o nome da instituição e omitimos a descrição total da sua estrutura física, porque isso permitiria identificá-la facilmente, devido às suas características peculiares e à sua história, que também ficou por contar.

7- RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO

A questão mais frequentemente levantada em relação às abordagens qualitativas é a da subjectividade do investigador. Sendo o investigador, neste tipo de investigação, o instrumento essencial da investigação, torna-se necessário que a colheita e análise de dados, não sejam afectadas pelos juízos de valor do investigador. Isto implica que o trabalho desenvolvido seja submetido a um rigor extremo, de modo a permitir garantir a cientificidade do estudo.

No sentido de controlarmos esta subjectividade revelámos os nossos preconceitos, valores e pressupostos, de modo a ser visível o seu peso no desenvolvimento do estudo. Por outro lado, pensamos ter deixado bem claro, os critérios que utilizámos para recolher os dados, para a escolha do que observar, para a escolha dos informantes chave, para analisar os dados (Ludke e André,1986). Utilizámos as técnicas apropriadas a um estudo etnográfico, sempre tendo em conta o rigor que exigem.

De acordo com Lessard-Hebert (1996), relativamente à observação participante tivemos a preocupação de observar aquilo que realmente pensávamos estar a observar, não nos desviando do que era o nosso objectivo da investigação, e neste caso tentar obter dados com valor representativo e correctamente designados, de um modo verdadeiro e autêntico. Estes dados como propõe Denzin (1970) citado por Ludke e André (1986) foram sujeitos a triangulação; isto é, foram validados com diferentes informantes ao longo de todo o processo de investigação, em diferentes situações e em diferentes momentos.

Nas entrevistas, como já foi referido, recorremos à validação com os informantes. As alterações foram mínimas, mas aceites e incluídas na análise.

No decurso da análise dos dados, principalmente durante a construção dos domínios culturais, foi pedido a outro investigador que analisasse excertos representativos de dados, no sentido de validar a sua relação com os termos incluídos ou pequenas categorias. À posteriori foi validado com o orientador os domínios culturais construídos e o tema. Este processo foi continuado, procurando sempre uma forma de validação, e em caso de erro por má interpretação, a análise foi revista e reformulada.

Apesar do estudo representar uma realidade concreta, as conclusões do estudo não permitem uma generalização dos dados, mesmo tendo em conta os processos de validação. Outras interpretações podem ser sugeridas, discutidas e igualmente aceites.

III-PARTE – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1- ANÁLISE, DESCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOMÍNIOS CULTURAIS

Os dezassete domínios culturais, que a seguir se apresentam, traduzem os significados que os enfermeiros atribuem à autonomia profissional no contexto das suas práticas. Estes emergiram dos dados obtidos através da observação participante e das entrevistas realizadas aos informantes.

A representação gráfica de cada domínio cultural, que tem por base o modelo de análise de Spradley precede a sua análise e descrição. A taxonomia, representada na figura 10, corresponde ao domínio cultural, dos enfermeiros, seleccionado para análise taxonómica.

DOMÍNIO CULTURAL 1: Tipo de condições expressas pelos enfermeiros para considerar a enfermagem uma profissão autónoma	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Assumir uma linha de conduta própria o Fazer uso da autonomia que têm nas suas práticas o Fazer parte de uma equipa multidisciplinar	*É um tipo de condição expressa pelo enfermeiro para considerar a enfermagem uma profissão autónoma*

Fig.2

Da análise do discurso e da observação nas acções, é notória uma dificuldade expressa pelos informantes, em falar e assumir uma posição face à autonomia. Tal como referiu Hesbeen (2000), com facilidade surge a identificação de autonomia com independência. Neste caso, alguns informantes consideram ser difícil existirem profissões autónomas, dada a interdependência que têm umas das outras. Contudo, assumem que existem

profissões com maior ou menor autonomia que outras. *"Eu não sei se existem profissões autónomas, não considero que existam profissões autónomas. Não podemos viver sem os outros. Significa realmente que nós conseguimos fazer alguma coisa nossa, mas não podemos fazer sozinhos. (...) Se calhar, algumas existem, mas eu não consigo conceber a sociedade com profissões autónomas, acho que todos dependemos uns dos outros." (E2,P.3,4). "Hoje em dia nada é muito autónomo. Quer dizer, as pessoas dependem todas umas das outras e das decisões uns dos outros. É evidente que haverá uma ou outra que terá mais autonomia." (E3,p.2). "Eu penso que não há uma profissão totalmente autónoma nesta área (...), na área concreta dos cuidados de saúde, é complicado haver uma profissão autónoma." (E5,p.3).* Assim, consideram que a enfermagem poderá ser uma profissão autónoma, desde que reúna determinadas condições.

Para os informantes deste estudo, a existência de uma profissão autónoma implica, respeitar uma linha ou regras de conduta, que demonstrem o desenvolvimento autónomo na profissão: *"Uma profissão autónoma não é cada um fazer aquilo que quer. Há regras, não é? E há coisas que têm que cumprir e há coisas que têm que ser básicas". (E1,p.3)". "A enfermagem tenta ser uma profissão autónoma e nesse sentido eu acho que nós temos que nos afirmar e mostrar que somos capazes e que realmente temos uma linha de conduta." (E7,,p.1).*

Uma outra condição que emerge, é o reconhecimento por parte dos informantes, de que os enfermeiros podem fazer mais ou menos uso da autonomia, que cada um pode utilizar nas suas práticas, e que esta será uma das condições a verificar-se, para que a autonomia tenha expressão nas suas práticas. *"Se eu procurar, realmente ser autónoma e cultivar essa autonomia, pois eu tenho. Agora, se eu me acomodar e só fazer aquilo que realmente é necessário, pois aí a autonomia é, é zero, né?." (E1,p.3,4). "Eu acho que a enfermagem é uma profissão autónoma. Agora, depende de, do que é autónoma em termos da nossa profissão. Pronto, nós temos autonomia p´ra gerir o nosso trabalho, p´ra planearmos o nosso trabalho,*

p'ra organizarmos o nosso trabalho, p'ra criarmos uma própria dinâmica ao nosso trabalho." (E6,p.2).

Admitem também, que a autonomia não é sinónimo de isolamento e consideram que para a enfermagem ser considerada uma profissão autónoma *é preciso que funcione*, em parceria ou em interligação com outros profissionais. Consideram, ainda, que neste processo de parceria é importante fazerem parte e assumir o seu lugar no contexto da equipa Multidisciplinar. *"A profissão de enfermagem precisa de todas as pessoas, .(...) Não é trabalhar, sem a ajuda de qualquer um, não é trabalhar sozinha. Tenho que trabalhar com os outros todos (...). Eu preciso de todos os outros. Estás a perceber?." (E1,p.4). "Nós como profissão, no âmbito da saúde, temos que estar obviamente interligados e interdependentes de um conjunto, de outros grupos profissionais. Interdependência não quer dizer que nós não tenhamos autonomia, que não sejamos uma profissão autónoma. Agora, trabalhamos é em interligação com outras equipas." (E6,p.3). "Claro que todas as profissões estão interligadas umas com as outras, o autónoma não quer dizer que sobreviva sozinha." (E4,p.3).*

DOMÍNIO CULTURAL 2: Formas dos Enfermeiros definirem a autonomia nas práticas	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é uma forma de Y	
o Ser responsável o Ser capaz de responder pela sua actuação o Saber o porquê daquilo que faz o Estar com muito mais atenção a determinadas situações o É não depender de outros profissionais o Agir de acordo com as competências específicas o Poder desenvolver as suas intervenções o Poder decidir	*É uma forma do enfermeiro definir a autonomia nas práticas*

Fig.3

A forma como os informantes definem a autonomia nas suas práticas, deixa antever que, na sua concepção, a responsabilidade surge directamente ligada à autonomia, a qual implica uma responsabilidade maior ou menor de acordo com a forma como concebem ou a perspectivam. Na perspectiva dos informantes, esta autonomia responsável, implica uma intervenção mais atenta na medida em que se sentem responsabilizados pelas suas práticas. *"Fazer uma boa vigilância do trabalho de parto, sou autónoma a fazê-la e temos que ser responsáveis." (E2,p.2). "Sobretudo responsabilidade. Quer dizer, eu tenho que ser capaz de, de...enfim de responder a 100% pela minha actuação." (E3,p.1) ."Saber, porquê que eu estou a fazer isso é ser responsável por isso. Fazer e saber porquê que estou a fazer, com alguma fundamentação, não é?" (E3,p.1)". "Fazer as coisas, de uma forma com conhecimento do que tou a fazer." (E6,p.1). "Ia aumentar muito mais a nossa responsabilidade, sem dúvida. E devíamos, tínhamos de estar com muito mais atenção a determinadas situações (...) tens que responder com mais responsabilidade, tens que estar mais atenta". (E4,p..5,15).*

Embora os informantes tenham afirmado que era imprescindível integrar equipes multidisciplinares, não deixam de definir a autonomia, como não depender de outros profissionais, pois, nesta linha de entendimento o conceito de autonomia implica tomar decisões sobre as intervenções de enfermagem, sem que estas sejam influenciadas ou prescritas por outros profissionais e sem se dissociarem da responsabilidade. *"É tudo aquilo que eu sou capaz de fazer. É assim, que a minha formação profissional me deu e portanto sem, sem que eu dependa de outros para a resolver. (...) Não esteja dependente de outro, nomeadamente o médico ou um auxiliar e que possa fazer com toda a responsabilidade. Fazer o parto, é uma das minhas competências e portanto lá está, eu não vou pedir autorização a ninguém, não vou pedir ao médico, não é?" (E3,p.1,4). "Tudo aquilo que nós podemos fazer, sem precisar de ser orientada por ninguém. Tudo o que se possa fazer à senhora sem precisar de ser orientada por ninguém. Sem precisar que alguém nos diga «faça isto». Fui eu que pensei e vou* fazer, *estás a perceber? E decidi! E fiz!" (E1,p.8). "Fazes aquilo que tu achas que deves fazer, sem precisar de, de terceiros." (E4,p.34). "A não necessidade de estar*

sempre a pedir a intervenção de alguém. (...)Não tenho que estar a pedir autorização a alguém." (E5,p.6). "Não ter de depender de ninguém. Sem estar directamente a perguntar a alguém se posso ou não fazer." (E7,p.3).

A autonomia parece assumir especial relevância se for entendida no que é a área de competências do enfermeiro especialista em ESMO. Saber interpretar o limite dessa autonomia, parece ser fundamental para os informantes; isto é, onde acaba a responsabilidade do enfermeiro na tomada de decisão e onde começa a responsabilidade de intervenção de outro profissional. *"Portanto, nós só pedimos a intervenção de alguém quando, de facto, não podemos ou quando as nossas competências...Quando a pessoa que está a precisar de intervenção já vai para além do que as nossas competências nos permitem efectuar. (...)Temos que saber avaliar até que ponto esse tipo de intervenções faz parte das nossas competências." (E5,p.6,7). "Sei avaliar o bem-estar fetal, através do registo cardiotocográfico, em termos de dinâmica saber se está bem ou mal, saber até que ponto tenho que chamar alguém ou não. Sim, tenho autonomia, mas dentro das minhas competências, a partir daí não tenho, já pertence ao campo do outro e não posso ultrapassar." (E8,p.14). "A partir de um determinado limite a nossa autonomia acabou, porque há determinados cuidados que já passam a ser, digamos, especializados de um médico obstetra, de um pediatra." (E6,p.31). "Tenho autonomia até um determinado ponto. Se por exemplo, tá com taquicardia, tá com febre, não tá com febre, vou avaliando. (...) E aí tenho que comunicar. (...) Quer dizer, quando está tudo bem, tudo muito bonito e nós temos a autonomia toda. Quando não tá temos que, temos que ter a ajuda doutros profissionais. Há coisas que fogem da área das minhas competências." (E2,p.14,15).*

O conteúdo funcional assume também alguma relevância no exercício da autonomia, passando pela legislação que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro especialista em ESMO. Esta regulamentação da actividade profissional, ajuda os enfermeiros a discernir, até onde podem avançar na sua intervenção de forma autónoma. *"(...)Tudo aquilo que eu posso fazer, que eu acho que, que está relacionado com o conteúdo*

funcional ou que está regulamentado. É tudo aquilo que eu posso dentro das minhas competências, aquilo que eu posso decidir dentro das minhas competências." (E4,p.1,8). Na perspectiva dos informantes, ter autonomia é sobretudo poder ter determinadas atitudes autónomas, poder desenvolver as suas intervenções. *"A autonomia, digamos, são determinadas atitudes que nós podemos ter, em termos profissionais. Digamos, no acolher de uma senhora neste caso concreto da sala de partos, não é? O acolhimento. Verificar se a senhora necessita de algum apoio especial. São atitudes autónomas que podemos ter). (E5,p.1).* Expressam que existe outros locais onde isso é dificultado. *"Nós somos capazes de seguir um trabalho de parto, nós somos capazes de tomar decisões, nós fazemos os partos. (...)Podemos tomar atitudes que em certos serviços ou noutros sítios não podemos." (E2,p.2).* Como sinónimo de autonomia surge o poder decidir sobre as intervenções de enfermagem, como por exemplo *"Poder decidir. Tendo em conta o que é p'ra mim a autonomia, poder decidir quando é que uma senhora está em condições para ser preparada para o período expulsivo." (E4,p.6).*

DOMÍNIO CULTURAL 3- Formas consideradas pelos enfermeiros para garantirem a autonomia nas suas práticas	
Relação semântica: meio-fim **Forma:** X é uma forma de Y	
o Utilizar na prática o saber adquirido pela experiência o Respeitar os princípios ético-deontológicos da profissão o Manter conhecimentos actualizados o Demonstrar conhecimentos nas práticas perante os outros profissionais o Obter a confiança dos outros o Ter confiança em si próprio o Agir com responsabilidade nas práticas	*É uma forma considerada pelo enfermeiro para garantir a autonomia nas suas*

Fig.4

Utilizar na prática o saber adquirido pela experiência parece ter, para os informantes, um significado relevante na sua forma de garantir o desenvolvimento das suas práticas com autonomia. O conhecimento prático quando associado ao conhecimento teórico reforça ou ajuda a garantir a autonomia, porque proporciona mais segurança e torna-se fundamental para a adopção de determinadas atitudes e comportamentos. *"Eu acho, que a própria prática nos vai ensinando muita coisa. É evidente que quando p´ra cá vim tinha muito receio em, em gerir o meu saber. Eu sabia que podia fazer isto ou aquilo, mas enfim, tinha algumas dúvidas. (...) É a própria experiência que nos vai ensinando." (E3,p.5,6). "A prática conta muito, em todas as situações, até mesmo a suturar uma senhora. A prática se calhar conta mais do que propriamente os saberes que tu adquiriste na escola. Sabes que tens os planos, que tens que unir ali, aqui, mas estás sempre a ver onde é que está. Com a prática já não precisas de estar a procurar os tecidos, porque eles são evidentes."(E4,p.10). "É assim, nós diariamente estamos sempre a aprender. Não sei tudo e é óbvio que colegas com mais tempo de experiência sabem muito mais do que eu. Quando cheguei a esta casa, se calhar, tinha um pouco mais de reticências em relação a determinados procedimentos. Hoje eu já consigo percepcionar até que ponto, posso ou não ter determinado procedimento ou ter, determinada atitude. (...) Os conhecimentos são-nos dados na escola, mas a prática também nos ajuda um pouco, digamos, a reflectir sobre esses conhecimentos." (E5, p.8,9). "Se eu estou a executar cuidados com uma certa segurança é porque tenho um aporte teórico e conhecimentos e uma experiência que é fundamental, uma experiência prática que permite que nós o façamos. Aí eu demonstro a minha autonomia, porque eu tenho conhecimentos e isso foi com a prática, com a experiência, com o que eu aprendi, com o decorrer da vivência em termos profissionais na unidade onde estou a trabalhar." (E6,p.7,8).*

Na perspectiva dos informantes, a maneira das pessoas estarem na profissão e o seu carácter profissional, pode influenciar as práticas. Isto pressupõe um respeito por princípios ético-deontológicos como veículo para garantir a autonomia. *"Na vertente relacional é onde nós temos maior*

autonomia. Mas, isso também depende como te digo, das pessoas e da maneira das pessoas estarem na profissão, no trabalho. Acho que isso também depende um bocado das pessoas, do carácter das pessoas, da postura das pessoas." (E5,p.6).

A necessidade de manter conhecimentos actualizados é expressa pelos informantes, como uma forma de garantir a autonomia nas suas práticas, no sentido de terem maior segurança para poderem agir duma forma, por si considerada, com autonomia. *"(...) Sempre que posso vou, vou ler e vou...Sempre que posso vou procurar formação, vou aprofundar os conhecimentos, não fiquei de braços cruzados, acho que ninguém deve ficar." (E1,p.9). "Se eu não tiver conhecimentos, à partida tenho muito mais necessidade que as outras pessoas me digam, faz isto e não faz aquilo. Se eu quiser ser autónoma ou mais autónoma, tenho que ter conhecimentos para os poder fazer e não fazer asneira." (E2,p.1). Tendo por base conhecimentos científicos." (E5,p.1).*

A afirmação de demonstrar conhecimentos nas práticas perante os outros profissionais, é na perspectiva dos informantes, uma forma de garantir a autonomia nas práticas. Consideram este aspecto importante, pois permite demonstrar aos profissionais que trabalham na equipa, que na sua forma de agir revelam possuir conhecimentos quer técnicos quer científicos, e adquirem por esta via um reconhecimento das suas capacidades. *"A nossa autonomia também parte pela, pelo papel que nós temos, na auto-afirmação como enfermeiros que somos e com conhecimentos que temos, com bases que temos em termos teórico-técnico-profissionais. Pronto, a nossa autonomia também passa por isso, a nossa auto-afirmação perante os outros profissionais que trabalham connosco. No fundo, não é uma questão de eu estar a mostrar aos outros, mas os outros aperceberem-se de que nós temos conhecimentos e temos capacidades, técnicas e profissionais. Faz parte de um enfermeiro especialista da nossa área obstétrica, seguir um trabalho de parto e fazer o parto. É óbvio que isso, em termos teóricos, existe na nossa carreira. Agora, se eu não demonstrar aos outros que tenho capacidade p'ra o fazer e segurança, obviamente essa autonomia não passa*

da teoria. (E6,p.8,9). "A gente tem que ter autonomia e tem que, tem que se afirmar, estás a perceber? A certeza daquilo que está a dizer, que é p´ras outras pessoas dizerem «não! ela sabe o que está a dizer». Eu observei uma senhora e vi que tinha uma bacia apertada. Fui chamar a doutora, oh doutora venha ali, venha ali tirar-me uma dúvida. Ela observou, olhou e viu a oxitocina desligada e perguntou, então mas o que é que acha? Eu disse, «acho que é uma bacia geralmente apertada, vai parar ao bloco operatório e por isso é que eu não pus oxitocina. Até porque a senhora tá com 4 cm e já está com estimulação rectal p´ra fazer força. Porque os ossos da bacia são apertados, aquele miúdo bate ali e começa logo a estimular.». Ela disse «pois é! Vamos ter que chamar o anestesista e ela vai p´ro bloco». Sabes, isto e bom!" (E1,p.5).

Observamos esta situação no decurso do trabalho de campo quando, *"a* enfermeira Jacinta *disse à anestesista que tinha acabado de observar a parturiente, a qual já tinha 4 cm de dilatação e que já podia ir fazer bloqueio epidural. Disse também que já a tinha orientado quanto às vantagens e complicações. A anestesista olhou para a enfermeira e foi falar com a parturiente. Quando voltou disse que a senhora iria agora ao bloco operatório." (NC,p.38).* Da mesma forma, *"a enfermeira* Ana *observava uma parturiente através do toque vaginal, na presença de uma médica obstetra e ia dizendo que havia saída de líquido amniótico, tinha 5 cm de dilatação, colo ainda grosso e pouco elástico e a cabeça estava bem apoiada, nota-se que está mesmo bem encaixadinha." (NC,p.26).*

Na perspectiva dos informantes, obter a confiança dos outros é também um elemento essencial para garantir a autonomia nas suas práticas, confiança quer dos outros profissionais, quer das parturientes. É notório que existe algum constrangimento dos enfermeiros, pela ausência desta confiança por parte de outros profissionais. *"A gente começa a ver pela maneira como os nossos cuidados podem, entre aspas, ser bem prestados, quando começa a ver que realmente, até a equipe médica, tem confiança naquilo que a gente faz. (...)Os outros só não têm confiança em nós, se a gente realmente não merecer essa confiança." (E1,p.5,6). "Há médicos que me dizem, eh pá!*

Estás à vontade, fazes o que quiseres, outros dizem-me, eu posso ir dormir descansado com certos enfermeiros e com outros não. (E4,p.8). "Somos autónomos porque também estamos inseridos numa equipa multidisciplinar em que, tem uma certa confiança em nós e que sabe que nós também temos um campo que é só nosso. (...) Tu estás a trabalhar em equipa e eles sabem o que tu podes fazer e a confiança que podem ter em ti e também a utente sente confiança em nós. Existem algumas utentes que dizem «ah! Mas é a enfermeira que me está a fazer o parto?». Se ela tiver confiança em nós elas até dizem «não!, eu quero é que seja a enfermeira a fazer-me o parto»." (E6,p.7,8,29). "O importante, é conseguirmos primeiro que os outros tenham confiança em nós" (E8,p.7). "Se calhar não confiam, mas são muito poucos. (...) Eles têm o cuidado «atenção que eu vou observar não é porque não confio em si, é p'ra ter uma noção de como isto está». E eles salvaguardam. A maior parte deles, se vão observar, diante de nós salvaguardam isto. Há quem o faça por não confiar. Há. E ponham em causa e que inclusivamente risquem o que nós fazemos. Mas há quem faça isso." (E2,p.17). "Se eles têm confiança em nós durante a noite, não é?, têm que ter durante o dia, como é evidente. E muitas vezes, isso não, não funciona." (E3,p.13).

Ter confiança em si próprio é, na perspectiva dos informantes, um aspecto tão importante para garantir a autonomia nas suas práticas, como obter confiança dos outros. *"Mostrarmos confiança em termos de trabalho, se nós conseguirmos mostrar confiança, nós conseguimos prestar os nossos cuidados que são autónomos e que nós conseguimos ter autonomia em termos de trabalho." (E8,p.7). " Temos autonomia p'ra fazer o parto normal. Pronto, desde que a gente esteja seguros e tenha confiança e que estejamos à vontade. Muitas das vezes não precisamos do obstetra, precisamos só de nós, da nossa confiança." (E6,p.29). "Houve uma fase em que eu não tinha auto-confiança e precisava mesmo que houvesse alguém por detrás de mim a dizer que está tudo bem." (E4,p.9).*

Para garantir a autonomia nas suas práticas, os informantes expressam que é necessário um agir com sentido de responsabilidade. *"Exige, se calhar,*

mais responsabilidade da minha parte, exige um grau de responsabilidade muito maior. A autonomia (...) exige responsabilidade, no parto, na vigilância do trabalho de parto." (E2,p.1,2).

DOMÍNIO CULTURAL 4- Razões para os enfermeiros considerarem a cultura organizacional facilitadora da autonomia nas suas práticas	
Relação semântica: razão/motivo **Forma:** X é uma razão para Y	
o Permitir usar a capacidade de decisão o Ser notória a ausência de determinação do poder médico o Permitir liberdade para agir o Permitir participar na tomada de decisões o Permitir organização do trabalho com base no seu próprio modelo	*É uma razão para o enfermeiro considerar a cultura organizacional facilitadora da autonomia nas suas práticas.*

Fig.5

Os informantes consideram que a cultura da organização facilita a autonomia nas suas práticas, na medida em que lhes permite usar a capacidade de decisão. Dizem existir um clima que não hostiliza a capacidade que têm para decidir no contexto do seu trabalho e isso, na sua perspectiva, facilita a autonomia. *"Eu acho que relativamente aqui ao serviço onde estou, eu acho que nós, (...) acho que a enfermagem conseguiu, conseguiu estabelecer bem o seu papel aqui. E portanto, acho que nós, nós ainda temos muita capacidade de decisão aqui. É uma cultura muito mais aberta do que eu tenho visto, por exemplo, noutros sítios. Eu acho que nós aqui decidimos muito mais." (E3,p.6,7).*

Os informantes deixam antever que não existe subalternização da enfermagem, ao uso indevido do poder. Expressam que é notória a ausência de determinação do poder médico e esse facto é considerado como um motivo que facilita a autonomia nas suas práticas. *"Aqui há uma maior abertura e não há um tabique entre médicos e entre enfermeiros, não há um tabique, uma coisa que corte ali as relações, o médico está lá em cima e nós*

estamos cá em baixo. (...) Ninguém pôs em causa o facto de um enfermeiro ter preparado uma senhora para cesariana, por exemplo. Nunca ninguém pôs em causa isso. Eu só digo, «pronto tudo bem! Se não for cesariana eu tiro outra vez a algalia». São atitudes que noutro serviço poderia não poder tomá-las e aqui posso tomá-las." (E2,p.4,5). "Acho que nós desenvolvemos bem as nossas actividades, não há grande bloqueio da parte deles. (...) Se houvesse um grande bloqueio nós não, não conseguíamos pelo menos gerir a nossa autonomia como gerimos agora." (E3,p.7,8).

Os informantes consideram também, que na organização vivem num clima de liberdade, uma vez que têm liberdade para agir sem que alguém controle o seu trabalho. Reconhecem existir outras organizações onde esta liberdade poderá estar comprometida e vêem isso como um constrangimento ao desenvolvimento das suas práticas com autonomia. *"A nossa autonomia só existe quando nós temos uma certa liberdade de actuação. Em que não temos ninguém, digamos, a supervisar, ou que esteja a, que necessite de controlar o nosso trabalho. Pronto! Eu tenho autonomia. Eu sinto que tenho autonomia." (E6,p.7). "Noutros sítios nós temos que perguntar «posso fazer o parto à senhora?». Aqui não. Aqui eu acho que nós temos muita autonomia." (E2,p.3). "Tenho toda a liberdade p´ra isso. Não há ninguém que diga, você não faz, você não deve fazer isto. Noutra instituição eu não teria, eu não teria a liberdade que tenho, não é? Noutra instituição eu não teria a liberdade que tenho p´ra, p´ra realmente desenvolver a parte da autonomia." (E1,p.9,10).*

Na perspectiva dos informantes, poder participar na tomada de decisões, de outro grupo profissional é, uma realidade existente na organização, que também contribui para a autonomia nas suas práticas. *"Já ponderam muitas vezes a nossa opinião. A maior parte deles pondera a nossa opinião e vão confirmar e podem ter uma opinião diferente a qual aceitamos ou não."(E6,p.17). "Há pessoas mais receptivas e há outros menos, não é?, que têm ainda aquele papel floral de chavão, eu sou o sr. Doutor, eu é que decido, eu é que faço. Aqui não se verifica tanto, e mesmo os mais velhos, são pessoas que eu acho que são receptivas às nossas opiniões."(E5,p.21).*

A organização do trabalho é importante, para os informantes, na medida em que referem poder escolher o método de trabalho que consideram ser facilitador da autonomia nas suas práticas. O método é escolhido pela equipa sem que a organização imponha qualquer modelo. *"É fundamental nós termos uma organização do nosso trabalho. P'ra podermos estar todos em consonância e podermos gerir a nossa autonomia. Se houver um método de trabalho, isso ajuda-nos a gerir a nossa autonomia. (...) Nós aqui adoptámos um método de trabalho que eu acho que devemos valorizar (E6,p.12).*

DOMÍNIO CULTURAL 5- Razões para os enfermeiros considerarem o método de trabalho individual facilitador da autonomia nas suas práticas	
Relação semântica: razão/motivo **Forma:** X é uma razão para Y	
o Assumir a responsabilidade na sua plenitude o Permitir o conhecimento das necessidades reais face à situação da parturiente o Permitir o controlo da situação da parturiente o Ser um factor que mobiliza recursos para a disponibilidade o Ser garante da continuidade dos cuidados	*É uma razão para o enfermeiro considerar o método de trabalho individual facilitador da autonomia nas suas práticas.*

Fig.6

A organização do trabalho dos enfermeiros, revela-se para os informantes importante e determinante da autonomia nas suas práticas. O método individual de trabalho é aquele que está em uso no local onde foi desenvolvido o estudo, o qual para os informantes é, facilitador da autonomia nas suas práticas. *"Temos aqui o método individual, o facto de haver, digamos, uma responsabilidade do enfermeiro perante uma ou duas utentes, é diferente, isso influência de uma forma positiva a autonomia na prestação de cuidados." (E6,p.13,14). "O método individual é aquele que mais se adapta à nossa realidade. Em termos de autonomia também, de certa forma, é um estímulo ao incentivo a isso." (E5,p.14). "É importante que o método de*

trabalho seja o individual. Nós temos um plano de distribuição, normalmente são duas senhoras que tenho distribuídas." (E1,p.11). "Sou responsável por duas senhoras, aquelas senhoras estão-me distribuídas a mim e isso facilita-me as atitudes autónomas." (E2,p.5).

Uma das razões que os informantes apontam, é que este método de trabalho responsabiliza o enfermeiro pela totalidade dos cuidados de enfermagem a uma utente, permite-lhe maior poder de decisão relativamente aos cuidados que lhe vai prestar e consequentemente desenvolver mais facilmente a autonomia nas suas práticas. Esta responsabilidade implica que o enfermeiro decida, resolva os problemas e assuma os seus actos. *"O método de trabalho, o que nos confere sobretudo é responsabilidade. Nós trabalhamos como tu sabes pelo método individual, não é? Pronto, nós temos uma senhora que nos está entregue a nós e portanto, se está entregue eu vou ter que responder por tudo aquilo que executei com ela, se acontecer alguma coisa sou eu que sou responsável. (...)Eu tenho um maior poder, tenho uma maior capacidade de, de me autonomizar profissionalmente, sendo eu responsável na totalidade por todas as práticas que vou, vou executar, do que se não estivesse, do que se tivesse apenas, se tivesse só por blocos." (E3,p.8,9). "O individual. Porque és tu, és tu que estás a assumir tudo. És tu que estás a controlar tudo. Se acontece algum problema qualquer, és tu. Tens que decidir, tens que resolver, tens que assumir." (E4,p.14).*

Na perspectiva dos informantes, o método de trabalho individual permite também aos enfermeiros, conhecer melhor as necessidades reais das parturientes tendo em conta a sua situação. Permite estar a par de tudo o que se passa com a parturiente, desde o acolhimento na unidade e, inclusive, permite um relacionamento mais próximo com a família, o que facilita uma percepção mais correcta das necessidades reais destas pessoas em cuidados de enfermagem. Este envolvimento maior com a parturiente e família, favorece positivamente a autonomia, permitindo aos enfermeiros implementar um plano de intervenção e decidir de forma mais conhecedora dentro da equipa multidisciplinar. *"O método individual dá-nos um*

conhecimento muito mais profundo de toda a situação. (...) Eu estou a par de tudo o que se passa com a senhora e portanto da evolução que ela vai ter e portanto, eu acho que sem dúvida nenhuma nos favorece a autonomia." (E3,9). "Se tu recebes uma senhora na unidade, fazes o acolhimento, portanto, toda esta percepção, todo este conhecimento que tu vais travando ao longo da permanência dessa senhora, familiar e da restante família durante, na sala de parto, durante o tempo que ela vai estar na sala de partos, é óbvio que favorece por um lado a autonomia, não é? Ficas mais à vontade p´ra, ficas mais conhecedor da história daquela família, daquela criança. (...) Sendo o método de trabalho individual proporciona tu conheceres aquela senhora em concreto, mais a fundo e de certa forma tu conseguires implementar, entre aspas, a tua própria autonomia em termos de cuidados que ela vai necessitar." (E5,p.14). "Estamos distribuídas A e B, vou investir nessas senhoras. Vou inteirar-me da situação delas, como é que estão, como é que não estão, em que fase de dilatação é que estão, em que fase do trabalho de parto é que estão, que é p´ra investir nelas." (E1,p.12). "Para mim o método individual é aquele que melhor me garante a autonomia na equipa multidisciplinar. (...) Acho que conhecemos a pessoa, conhecemos por inteiro (...), sabemos tudo o que se passa e o nosso desempenho profissional em termos autónomos, em termos de autonomia é maior dentro da equipa." (E8,p.11).

O método de trabalho individual, pelas características que tem de proximidade às pessoas permite, segundo os informantes, o poder de controlo sobre as situações. Na medida, em que é apenas um enfermeiro o responsável por determinada parturiente, isso facilita, conforme expressam, a autonomia nos cuidados de enfermagem. *"No início do turno pergunto logo, eu estou distribuída aonde, que é p´ra eu me dedicar àquelas senhoras. (...) Tenho um bocado o poder, o controlo da situação da utente na mão." (E1,p.11,12).*

A autonomia para os informantes, passa também pela disponibilidade em desenvolver determinadas intervenções, as quais são facilitadas por este método de trabalho, tal como estabelecer uma relação de ajuda com as

parturientes, apoiá-las, ganhar a sua confiança. Desta forma, consideram que este método é um factor que mobiliza recursos para a disponibilidade.,o que é importante no desenvolvimento da autonomia nas suas práticas. *"Nós temos aqui um método de distribuição individual. (...) Esse método influencia a autonomia, porque eu aí se tiver mais canalizado na prestação de cuidados a uma utente, eu posso tornar-me mais autónoma em relação a essa utente, cria-se uma relação de inter-ajuda, de comunicação, de confiança.." (E6,p.13). "Todas as atitudes que eu tomo acabam por ser mais dirigidas com muito mais tempo p´ra senhora e temos muito mais tempo p´ra essas, p´ra vigilância, p´ra apoiar a senhora." (E2,p.6). "Eu sinto muito mais disponibilidade. Se eu estou com determinadas parturientes distribuídas tenho mais disponibilidade, porque fico com menor sobrecarga de trabalho e sei que são aquelas pessoas que estão aos meus cuidados e que tenho e então, o tempo que eu tenho posso estar junto delas." (E7,p.5).*

Na perspectiva dos informantes, a continuidade dos cuidados é importante, no sentido de manter um enfermeiro de referência durante a estadia da parturiente na unidade. Assim, este método de trabalho facilita este processo e ao mesmo tempo tudo isto contribui para a autonomia nas suas práticas. *"Permite conseguir acompanhar todo o processo, desde a entrada até à saída. (...) Conseguimos estabelecer uma relação completamente diferente, com uma senhora que conhecemos e que ela nos conheça a nós. (...) Se tivermos aqui uma senhora internada, agora vou lá eu, daqui a pouco vai lá não sei quem, agora observo eu, depois observa não sei quê, depois observa não sei quem, ela não consegue ter confiança." (E8,p.6,11). "Porque me estão distribuídas sabem que é a mim que têm que se dirigir e para elas é muito melhor porque têm alguém de referência e para mim também é muito melhor esse método, desde o acolhimento, depois até o parto, sabem que há sempre alguém a quem elas se podem dirigir. (...) Somos nós que fazemos o parto, a senhora sente-se mais tranquila porque já é alguém que conhece e não alguém que vem, chega ali, que faz o parto e vai-se embora e foi alguém que a acompanhou e irá continuar até transferir a senhora para outra unidade." (E7,p.5,6,11).*

DOMÍNIO CULTURAL 6- Tipo de comportamentos que os enfermeiros consideram ser sinónimos de autonomia	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Mobilizar a capacidade de negociação na equipa o Solicitar ajuda em caso de dificuldade o Partilhar experiências com outros mais experientes o Respeito mútuo no trabalho em equipa	*É um tipo de comportamento que o enfermeiro considera ser sinónimo de autonomia*

Fig.7

Os informantes consideram que, os enfermeiros, adoptam certos comportamentos que dizem facilitar a autonomia, tentam *"improvisar, adaptar-se ás coisas (...), saber lidar com o cenário (...),trabalhar em coordenação com os outros." (E1,p.4,5).* Expressam que, mobilizar a capacidade de negociação na equipa multidisciplinar é, facilitador da autonomia, na medida em que se cria um entendimento profissional. De facto, Robbins (1998,p.28) refere que nas organizações de hoje, as habilidades de negociação são cruciais, principalmente naquelas onde normalmente trabalham equipes, em que os membros têm que trabalhar com colegas sobre os quais não têm nenhuma autoridade directa. Define negociação como "um processo no qual duas ou mais partes trocam bens ou serviços e tentam concordar sobre a taxa de troca entre eles.". *"Depende da maneira como nós dizemos as coisas. Se nós negociarmos mesmo, acho que não há nenhum que não aceite. Nós às vezes, a maneira como dizemos as coisas, não estamos a negociar, estamos a exigir e aí, se calhar, as coisas são mal interpretadas e ninguém gosta." (E2,p.8). "Porque se eu vier, p'ro obstetra «soutor olhe, não acha melhor ir ver se aquela senhora está boa para epidural?». Há muitos obstetras que dizem «mas está mesmo bem?» e eu digo «está, mas se quiser ir ver está à vontade». A gente tem que ver a maneira como devemos viver. (...)É o caso de saber estar, não é apenas negociar, é um bocado saber estar. (...) Eu acho que falar com os obstetras da maneira que eu falo é saber estar na equipa." (E1,p.14).*

Para os informantes, a existência de um clima de inter-ajuda profissional permite a sua autonomia, uma vez que assim sentem maior segurança na prática que desenvolvem, sabendo que podem contar sempre com alguém que rapidamente intervirá quando solicitarem ajuda perante qualquer dificuldade. O médico é o elemento dentro da equipa solicitado para intervir sempre que a situação da parturiente e do feto/recém-nascido o exija. O sentir desta necessidade de intervenção médica, é um comportamento que os informantes defendem ser necessário, assim que percepcionam dificuldades que possam colocar em risco a vida da mãe e do filho. *"Há situações em que convém estar sempre um obstetra por perto. (...) Se eu noto que possa haver o mínimo de dificuldades eu peço p'ra estar um obstetra. Ainda há bocadito tive uma situação dessas, estava ali um bebé que era grande e tal e eu tinha uma certa dúvida se ele descia ou não descia e entretanto, pusemo-nos a fazer o parto, a enfermeira a fazer o parto e eu disse «olhe, é melhor estar aqui um obstetra» e depois não foi preciso, a mulher pariu normalmente." (E6,p.19). "Realmente, se eu perceber, pela avaliação que eu fiz, que é um parto que tem que ser ajudado, então aí, eu chamo o obstetra. (...) Eu vou passar a senhora, doutor se eu precisar da sua ajuda chamo." (E1,p.2,27). "Ainda agora fui fazer um parto e a colega. foi chamar a doutora tal, porque achava que aquilo não vinha sem ajuda, porque ela não puxava." (E4,p.26). " No período expulsivo, por exemplo, estou a fazer o parto, mas vejo que a progressão não se faz da melhor forma, o bebé entra em bradicardia, chamamos o médico. Caso a gente note, que alguma coisa está a correr mal e que é necessária a intervenção do médico, pode não ser necessário um fórceps ou uma ventosa, nós chamamos sempre o médico. Não hesitamos em o fazer." (E7,p.15).*

A partilha de experiências com outros mais experientes é, considerado importante, na perspectiva dos informantes. Valorizar os saberes quer de colegas ou médicos mais experientes, referem transmitir-lhes uma tranquilidade nas decisões a tomar. *"Nós às vezes achamos que é uma bacia que está apertada, e pedimos sempre o parecer, principalmente aos mais velhos que já estão cá há mais tempo e têm uma percepção mais apurada do que nós. (...) Eu não peço nenhum parecer a um médico por ser médico. Eu*

peço um parecer ao médico, às vezes, porque tem mais experiência do que eu. Se eu tiver uma colega mais velha, também não tenho problema nenhum em lhe pedir um parecer" (E5,p.18). "Estamos tranquilos porque temos sempre alguém a quem perguntar. Se não está o médico, está alguém ao nosso lado que tem a mesma preparação que nós e provavelmente, às vezes, até mais experiência e perguntamos" (E7,p.10). "Eu não tenho grande problema quando tenho alguma dúvida em ir pôr, em ir chamar o médico ou ir chamar uma colega mais velha ou uma colega que eu ache que tenha melhor capacidade do que eu, ou que até nem tenha, mas pelo menos ver uma opinião" (E3,p.10,11).

Respeitar o trabalho em equipa, é considerado pelos informantes, como um complemento e não como a predominância de uns sobre os outros, o que não implica perda de autonomia. *"Eu trabalho numa equipa interdisciplinar, eu não sou soberana ali, não é? Também não gostava que fossem comigo. Eu não gostava que chegasse ali o médico, observasse e eu estava ali, era meramente um «candeeiro»." (E1,p.26). "Agora, eu tenho é o médico ao meu lado que pode trabalhar em equipa comigo e isso não é tirar a autonomia." (E6,p.18). "Nós estamos a trabalhar em coordenação com eles. Não é dizer «olhe eu acho que é assim, vá lá ver se quiser». Eu tenho que trabalhar em coordenação com os outros." (E1,p.5,6).*

DOMÍNIO CULTURAL 7- Resultados expressos pelos enfermeiros pelo facto de desenvolverem as suas práticas com autonomia	
Relação semântica: causa - efeito **Forma:** X é o resultado de Y	
o Satisfação profissional o Forma de compensação do trabalho o Prazer o Motivação para prosseguir e ultrapassar dificuldades o Vontade de investir na qualidade dos cuidados para promover a satisfação dos utentes o Honrar o compromisso com a organização	*É o resultado expresso pelo enfermeiro pelo facto de desenvolver as suas práticas com autonomia*

Fig.8

Para os informantes ter, autonomia no desenvolvimento das suas práticas, traduz-se em resultados pessoais com implicações ligadas à prática profissional. A satisfação profissional, surge implicitamente relacionada com os seus próprios ideais de ser enfermeiro, e com o poder agir de acordo com eles.

Para Ferreira et al (1996) a satisfação no trabalho traduz uma resposta emocional e afectiva estritamente individual, gratificante, que resulta da situação de trabalho. O facto de constituir um trabalho desafiante, no qual pode ser entendida a autonomia, constitui uma das facetas com impacto na satisfação. *"Ajuda-nos a sentir-nos bem, não só em termos profissionais, mas também em termos da prestação dos nossos cuidados para com as utentes." (E5,p.12). "Satisfação profissional. Para me sentir bem profissionalmente não significa só fazer as coisas correctamente, significa conseguir fazer alguma coisa por alguém, por isso sou enfermeira, não é? Não é só estar, é dar um bocadinho daquilo que eu sou a outra pessoa, poder ajudar. É só isso, acabo por seguir e se for conseguido, profissionalmente sinto-me satisfeita." (E8,p.3).*

Surge também uma forma de compensação do trabalho, expresso pelos informantes, por conseguirem desenvolver as suas práticas com autonomia. *"Aquela senhora à partida parecia ser difícil e no entanto consegui estabelecer uma relação com ela, em que consegui que ela ajudasse e conseguiu colaborar o mais possível. Teve um parto normal e colaborou. E a gente fica agradecida, fiquei com a sensação de que o meu trabalho foi um trabalho compensado, estás a perceber?" (E1,p.9).*

Da mesma forma, consideram que desenvolver as práticas com autonomia, dá-lhes um sentimento de prazer. *"Em termos de autonomia é muito importante p'ra nós. Portanto, dá-nos p'ra já muito prazer, não é?, nós podermos trabalhar deste modo. O facto de nós não termos a necessidade de chamar alguém para decidir. «olhe, uma senhora está nestas condições, posso ir ver se houve alguma evolução do trabalho de parto? Olhe, a senhora fez-me esta pergunta, será que eu posso especificar?» (E5,p.5,6).*

Expressam que, ter autonomia no desenvolvimento das suas práticas, dá-lhes motivação para continuar a trabalhar e ultrapassar as situações difíceis e desmotivadoras. *"Isto dá-nos motivação, dá-nos alento, dá-nos vontade de vir trabalhar. Não nos dá, «olha tomara que chegue as quatro horas para irmos embora, isto é uma seca e não sei quê»."* (E5,p.12).

Os informantes consideram que desenvolver as suas práticas com autonomia, faz com que haja vontade de promover a satisfação das pessoas que utilizam os serviços, através do investimento na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, promovendo a imagem institucional. *" Olha, vontade de não passar as oito horas e não investir. (...), investir cada vez mais para que as coisas, as pessoas saiam cada vez mais satisfeitas connosco. (...) para as pessoas lá fora dizerem «olhe tive um atendimento bom naquela maternidade, gostei das pessoas que lá estão, são afáveis, tratavam-me bem, não tive problema nenhum». Sentimo-nos não obrigadas, mas na obrigação, o que é diferente, de ter uma atitude perante as pessoas, nomeadamente as parturientes e a família, diferente, se calhar mais aberta, mais atenciosa." (E5,p.12,13).*

Por outro lado, ter autonomia nas práticas, leva os informantes como que a honrar o compromisso com a organização. Expressam existir como resultado, uma vontade maior para respeitar o compromisso profissional que têm com a organização. *"Se nós virmos que até reconhecem o nosso trabalho, que até dão valor ao nosso trabalho, temos que nos esforçar para que efectivamente a instituição, digamos assim, fique bem vista lá fora. Acho que há, digamos, um compromisso da nossa parte de fazer com que as coisas decorram desse modo. Sentimo-nos na obrigação de preservar a instituição." (E5,p12,13).* Isto vem ao encontro do que diz Robbins (1998), que define compromisso organizacional como um estado em que o funcionário se identifica com a organização e suas metas e deseja manter-se ligado a essa organização.

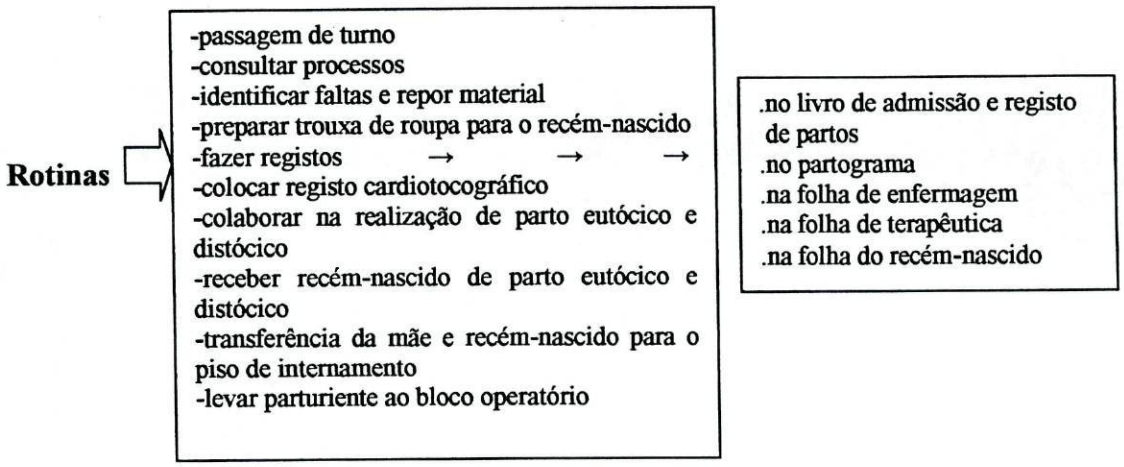
DOMÍNIO CULTURAL 8- Tipo de práticas que os enfermeiros desenvolvem com autonomia na sala de partos	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Rotinas o Intervenções interdependentes o Intervenções autónomas	*É um tipo de prática que o enfermeiro desenvolve com autonomia na sala de partos.*

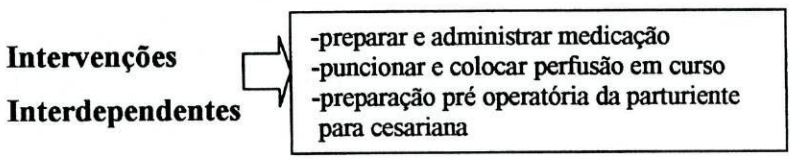
Fig.9

A sala de partos, *"estava calma, sem ruído, apenas de ouviam os batimentos cardíacos fetais que emergiam dos cardiotocógrafos." (NC,p.24).* Outras vezes, deixa ver uma azáfama ao redor das parturientes que estão perto de "dar à luz", em que *"as camas se encontram todas ocupadas e as enfermeiras andam ocupadíssimas de um lado para o outro." (NC,p.8).* Outros profissionais cruzam este espaço de trabalho, como: enfermeiros do bloco operatório, auxiliares de acção médica, médicos obstetras, médicos pediatras, médicos anestesistas, estagiários de enfermagem e de medicina. A presença da família é também uma realidade, principalmente a presença do companheiro ou futuro pai. Frequentemente observámos que *"algumas parturientes estavam acompanhadas dos maridos." (NC,p.9).*

O quotidiano dos enfermeiros na sala de partos mostra um conjunto de práticas múltiplas e multifacetadas, desenroladas da parturiente, do feto/recém-nascido e da família. Mas, os enfermeiros além da prática cuidativa, assume o outro lado da prática social e administrativa , que implicam o desenvolvimento de outras actividades do quotidiano, que têm como principal objectivo garantir o bom funcionamento da unidade.

TAXONOMIA 1- Tipo de práticas que os enfermeiros desenvolvem com autonomia na sala de partos





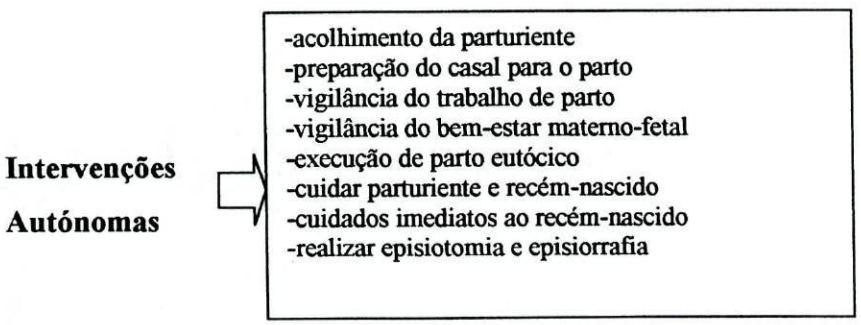


Fig.10

DOMÍNIO CULTURAL 9- Tipo de representações do cuidar expresso pelos enfermeiros que é parte integrante da autonomia nas suas práticas	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Tratar a utente pelo nome o Assumir a posição do outro o Respeitar a privacidade do casal o Mostrar envolvimento e disponibilidade o Permitir que a utente exponha as dúvidas o Proporcionar bem-estar o Dar apoio e carinho o Tocar e afagar o Ser o elo de ligação	*É um tipo de representação do cuidar expresso pelo enfermeiro que é parte integrante da autonomia nas suas práticas.*

Fig.11

Cuidar surge como uma das principais intervenções que os informantes consideram desenvolver com autonomia. É uma intervenção que dizem ser da sua exclusiva competência, baseada em princípios relacionais e que suporta todas as outras intervenções de cariz técnico., contrastando com a super-valorização da técnica e o intervencionismo, que por vezes caracteriza a enfermagem em obstetrícia. Tal como nos afirmam, traduz uma perspectiva humanista do cuidar, verificando-se uma preocupação em assistir a mulher de uma forma personalizada, respeitando as suas vivências, valorizando as suas queixas, ajudando-a a ultrapassar as situações inerentes ao trabalho de parto e parto que podem condicionar o seu bem-estar e o do filho.

Personalizar a relação que estabelecem, tratando a parturiente pelo nome é, na perspectiva dos informantes, uma das expressões do cuidar, que é parte integrante da autonomia nas suas práticas. *"Principalmente, tento fixar os olhos da senhora e dizer, chamá-la p'lo nome." (E1,p.30). "Eu não consigo chamar as senhoras por senhoras, a senhora tal, a senhora tal. Eu trato sempre a senhora pelo nome. É a Joana, «olhe você isto, você aquilo."(E5,p.16). "Tento tratar sempre a senhora pelo nome." (E7,p.6).* De

igual modo, afirmam que assumir a posição do outro, é também uma outra expressão do cuidar. *"Tento essencialmente fazer uma coisa que é colocar-me um pouco também na situação da outra pessoa de quem eu estou a cuidar." (E5,p.4). "Eu também tenho, tenho que me pôr um bocado no lugar da senhora (...). Eu tento pôr-me sempre no lugar dela, eu tento cuidar da senhora como gostava que cuidassem de mim." (E1,17,24).*

Sempre que possível, assumem que respeitam a privacidade do casal e por isso, não concordam com a sua permanência constante junto da parturiente, para que o casal possa viver os momentos do trabalho de parto num espaço de intimidade. *"Não concordo com o estar constantemente ao pé da utente, porque eu acho que um casal, precisa de vivenciar aquele momento também um bocadinho sozinhos." (E2,p.16). "E antes de levar a parturiente ao bloco operatório chamamos o marido p´ra eles terem um bocadinho, de espaço entre eles." (E1,p.28).* Contudo, expressam que nas suas práticas, tentam mostrar o seu envolvimento e disponibilidade através da sua presença no decurso do trabalho de parto, considerando importante fazer com que a parturiente se sinta acompanhada. *"Se eu estiver a acompanhar a utente, a vigilância que faço é uma boa vigilância e é uma vigilância que a utente saiba que está ali alguém disponível e que está interessada, no seu trabalho de parto. (...) P´ra utente saber que estamos lá e que estamos interessadas e que ela não se sente ali só." (E6,p.14,27). "Temos tempo p´ra estar, estar com as senhoras, p´ra estarmos um bocado com elas e conversarmos.". (E2,p.15). "Eu acho que é extremamente importante o nosso papel aqui dentro, todo o acompanhar daquela dinâmica do parto, eu acho que é extremamente importante nós estarmos ao lado dela." (E3,p.3). "Ter uma vivência do trabalho de parto com a senhora. Acompanhar." (E1,p.2). "Se está sozinha, às vezes mais para o fim do trabalho de parto, quase no período expulsivo, em que ela está já a puxar, normalmente nesta fase tento acompanhar mais." (E7,p.8).*

Permitir que a utente exponha as suas dúvidas é, na perspectiva dos informantes, outra expressão do cuidar que é parte integrante nas suas práticas, que exige aos enfermeiros uma forma de estar junto da parturiente,

facilitadora disso. *"É passar, sentar-se ao pé da utente, esclarecer-lhe as dúvidas, tirar-lhe as dúvidas, fazer com que ela estravaze as dúvidas dela que é fundamental. (...) Conseguir estabelecer uma relação de ser a utente a expor as dúvidas dela. Que é isso que eu tento. É dizer, «olhe está aqui, eu quero é que se sinta bem, se tiver alguma dúvida exponha que eu tiro-lhe as dúvidas», vou-lhe de certa forma incutindo esse espírito na utente, que ela possa expor as dúvidas." (E6,p.23).*

Da mesma forma, consideram que o facto de proporcionarem à parturiente um ambiente provedor de bem-estar, é uma expressão do cuidar que desenvolvem nas suas práticas com autonomia. *"Fechei-lhe a luz, pus-lhe o RCT baixíssimo e a senhora dormiu a noite toda." (E1,p.17)."No sentido da utente sair satisfeita e estar descontraída, proporcionar-lhe o melhor ambiente possível. Consegues proporcionar um melhor bem-estar da senhora." (E4,p.4).*

Por outro lado, também valorizam a experiência individual de cada parturiente, apoiando e mostrando carinho na relação que estabelecem. *"Tento sempre valorizar as queixas, ver que é uma pessoa que está a passar uma situação única na vida dela, que, que por muitos filhos que tenha e não sei quê, mas é sempre única." E tento dar-lhe o máximo de apoio e conforto naquela situação." (E4,p.28,29). "Eu acho que é importante a nossa presença, pronto, o nosso acolhimento, a nossa forma de estar com ela ali, de lhe dar apoio, de lhe dar carinho." (E3,p.3).* No decurso do trabalho de campo *"dei por mim fascinada e até admirada com a intervenção da enfermeira Leonor, com a confiança que ela transmitia àquela parturiente e pelo olhar atento e confiante daquela futura mãe. A enfermeira estava com um discurso carinhoso, incentivando e apoiando a senhora a respirar durante a contracção." (NC,p.39).*

Tocar e afagar; são gestos que os informantes consideram poder confortar a parturiente e por isso não os colocam de parte, assumindo-os com autonomia nas suas práticas. *"Ás vezes, o tocar. A gente não deve ter receio*

de se aproximar das pessoas, tocar e porque não, afagar as pessoas." (E5,p.16).

Os informantes referem-se a outra expressão do cuidar, que mostra existir uma preocupação com a continuidade dos cuidados. Servir de elo de ligação, entre a parturiente e os outros profissionais que a abordam, é considerado factor importante, para minimizar constrangimentos que a mulher possa sentir na presença de outros profissionais que ainda não conhece. *"O enfermeiro tem um papel fundamental, em termos da prestação de cuidados, porque nós somos o elo de ligação entre todas as outras equipas que prestam cuidados à utente durante o internamento. (...) Somos o elo de ligação entre a utente e o médico, porque nós sabemos todos que muitas das vezes os médicos não estão preparados p'ra chegar ali e dizer «eu sou tal e tal, bom dia como é que se chama?». Os médicos muitas vezes nem abrem a boca, chegam ali e «abra as pernas» e põem os dedos e observam a senhora. Pronto, e isso cria um certo, um constrangimento da parte da utente. Se nós estivermos lá amenizamos, conseguimos de certa forma suavizar esta entrada do médico." (E6,p.5,16).*

DOMÍNIO CULTURAL 10- Formas de preparar o casal para o parto que os enfermeiros consideram parte integrante da autonomia nas suas práticas	
Relação semântica: meio - fim **Forma:** X é uma forma de Y	
o Explicar ao futuro pai como se comportar o Explicar a finalidade dos procedimentos o Dissipar os medos o Explicar como ocorre a evolução do trabalho de parto o Explicar a finalidade do registo cardiotocográfico o Explicar vantagens e inconvenientes dos métodos de analgesia do trabalho de parto o Ensinar técnicas de respiração durante as contracções o Ensinar como e quando colaborar	*É uma forma de preparar o casal para o parto que o enfermeiro considera parte integrante da autonomia nas suas práticas*

Fig.12

Preparar o casal para o parto é uma das actividades do Enfermeiro Especialista em ESMO contemplada na Directiva Comunitária 80/155/CEE de 21 de Janeiro. Assim, também é uma preocupação expressa pelos informantes, apesar de admitirem que poderia ser uma intervenção mais assumida e onde deveria de haver mais investimento no sentido de melhorar as práticas. *"Sobre a preparação do casal para o parto ainda se faz muito pouco, podíamos investir mais." (E5,p.35). "É uma actividade assumida. Agora, não é executada efectivamente como devia ser. Isso, eu acho que não. Acho que devia ser um aspecto a ser trabalhado." (E6,p.22).*

Contudo, referem algumas formas de preparar o casal para o parto, as quais desenvolvem de forma autónoma. Conhecer os conhecimentos e a preparação que o casal já tem, ajuda-os a planear intervenções de enfermagem adequadas, de forma a poder ajudar o casal a viver os acontecimentos inerentes ao nascimento e a ultrapassar as dificuldades que possam surgir. *"Perguntar até que ponto é que eles já têm informação, percebes?" (E2,p.11). "«Já tem alguns conhecimentos sobre o assunto?» e eles dizem assim, «olhe, nós andamos numas aulas, eu sei que a respiração que é assim, que é assado e não sei quê», outros dizem «não, não sei de nada»" (E1,19,20). "Eu pergunto, «tem algum conhecimento?», «ah sim, olhe a minha irmã até disse que se respira como os cachorros (...)" (E1,p.20).*

Por outro lado, deixam antever uma preocupação com o envolvimento do futuro pai, afirmando que desenvolvem esforços no sentido de o motivar para estar junto da companheira. Consideram que esta intervenção é desenvolvida com autonomia. *"Eu acho que isso é importante, preparar os pais, p'ro parto em si. (...) «É importante p'ra sua mulher o senhor estar perto dela, p'ra tudo!" (E1,p.19). "Sobretudo os maridos devem estar muito mais à beira das mulheres, do que estão. Tenho sempre a preocupação de o chamar, por exemplo, quando o bebé vai nascer." (E3,p.14).*

As explicações e as orientações contínuas sobre o que vai acontecer durante a evolução do parto, assim como ensinar alguns comportamentos,

surgem fundamentalmente para ajudar o casal a viver esta experiência de forma gratificante. Assumem desenvolver com autonomia, a preparação do futuro pai, explicando-lhe como se comportar o que implica, dizer-lhe minimamente o que ele deve fazer no sentido de o tornar útil e colaborar com a companheira o mais possível. *"Eu, eu tento explicar o que é que se passa ou o que se vai passar, dar as informações ao marido mais ou menos, pronto! O comportamento que ele deve ter aqui." (E3,p.14). "Agora é importante que o senhor ajude a sua esposa, tudo depende dela puxar ou não puxar.(...) Às vezes eles dizem assim «eu sinto-me a estorvar senhora enfermeira» ou «se a senhora não me explica eu sinto-me aqui a mais». Eu acho que a maior parte das colegas os orienta" (E1,p.20).*

Segundo os informantes, explicar a finalidade dos procedimentos que desenvolvem nas práticas é também importante, na medida em que isso diminui a ansiedade, por isso assumem esta forma de preparação do casal. *"Explicar o que é que a gente faz. Pronto! Explicar, por exemplo, que vou pôr uns soros, qual é a função dos soros." (E2,p.10). "É explicar o que é que o soro tem «olhe, este é p'ra alimentar o seu bebé, aquele é p'ra ajudar a induzir porque tem uma hormona" (E1,p.2).*

A vivência do trabalho de parto é na maioria das vezes, para as parturientes, vivida com alguma ansiedade e o medo de algo correr mal está quase sempre presente. Por isso os informantes consideram que é oportuno dissipar os medos à medida que o processo de trabalho de parto vai decorrendo. *"É trabalhar um bocado a senhora, tirar-lhe os medos, perceber o que é que a senhora tem que está com um ar muito desconfiado e amedrontado a olhar p'ra ti." (E1,p.2).*

Os informantes consideram ainda, que preparar o casal relativamente ao processo natural do trabalho de parto é muito importante, na medida em que permite que compreendam o que vai acontecendo e que vivam todo o processo de forma mais calma e sem fazer juízos errados daquilo que vai acontecendo. *"Vamos explicando tudo o que se está a passar, que até aos cinco centímetros vai ser assim, sobre a evolução do trabalho de parto"*

(E4,p.18). "Quando fazemos o acolhimento inicial tentamos dar, digamos, uma súmula de como é que se vai processar o trabalho de parto, não é?, o que é em termos gerais. É óbvio que não vamos estar a explicar as coisas minuciosamente. Vamos explicar em termos de tempo, quanto tempo é que vai demorar, como é que vamos fazer a avaliação da evolução do trabalho de parto, que vamos ter que observar. (...) Não é a pessoa estar aqui e não ter a noção do que é um colo apagado, do que é uma dilatação, do que é um bebé estar em transversa, que não é atravessado." (E5,p.27,28). "Ás vezes eu digo «olha trás não sei quantos, não sei quê de canal e não sei quantos de dilatação. Sou capaz de explicar sucintamente e explico o que é que se passa, explicar que o fim pode levar muitas horas, explicar que há primeiro um apagamento, depois uma dilatação que é mais lenta." (E2,p.10,11).

O cardiotocógrafo pode ser um instrumento de stress para o casal, na medida em que permite através dele avaliar o bem-estar do feto e a dinâmica uterina. Os informantes expressam, que esta é uma das formas que utilizam para preparar o casal, explicando basicamente como funciona o registo cardiotocográfico previne possíveis situações de pânico, devido às alterações de ritmo dos batimentos cardíacos do feto. *"É fundamental irmos explicando, explicar-lhes e integrá-los na vivência do trabalho de parto e isso passa por explicarmos minimamente o que é, o que é um registo cardiotocográfico. Não é em termos técnicos e científicos, mas dizer que aquilo está a fazer o registo do bebé, ali são as contracções e p´ra eles não se preocuparem se aquilo deixar de captar ou aparecer vermelho ou aparecer um espaço em branco." (E6,p.26). "Há colegas que dizem «não se preocupe com o registo que isto é p´ra nós nos orientarmos», mas o pai estando ali ouve tum, tum, tum, tum (rápido) e de repente ouve tum, tum, tum (mais lento) e vai tudo a correr p´ra sala. Porque é que vem tudo a correr p´ra sala? Não é? Portanto, há que saber explicar, sem grandes pânicos, porque é que vem tudo a correr p´ra sala." (E4,p.19).*

Relativamente à analgesia do trabalho de parto é, na perspectiva dos informantes, um aspecto oportuno a ser trabalhado com a parturiente, no sentido de a preparar para vivenciar melhor esta fase da sua vida. Assim,

deixam claro que é uma intervenção que faz parte da autonomia nas suas práticas. *"Vamos falar sobre os métodos de analgesia do trabalho de parto, explicar-lhe também vantagens e inconvenientes de uns e doutros p´ra ela também poder ter opção de escolher." (E5,p.28).*

Os informantes consideram também, que preparar a mulher para respirar de forma correcta durante as contracções, é uma das intervenções que desenvolvem com autonomia na sala de partos. *"As técnicas de relaxamento da respiração. É fundamentalmente o que se faz. E acho que devia de ser muito melhor. (...) Podemos fazer ensinos em relação à respiração p´ra ela poder inspirar e fazer uma oxigenação melhor durante as contracções." (E6,p.22,25). "E eu ensino a senhora «durante a contracção tem que respirar assim, (...) durante a contracção, inspire, inspire pela boca e depois no fim tem que relaxar, e a senhora tem que respirar profundamente." (E1,p.21).* No decurso do trabalho de campo constatámos isso: *"A enfermeira disse-lhe que devia respirar de forma diferente durante a contracção, devia encher bem o peito de ar e soprar como se apagasse uma vela e exemplificou." (NC,p.78).*

De igual modo, ensinar a parturiente como deve colaborar a fazer força no momento certo, é outra forma de a preparar, expressa pelos informantes. *"Fazer um ensino à senhora, sobre, como é que ela vai fazer força e realizar os exercícios do período expulsivo." (E5,p.2). "E eu ensino à senhora que durante a contracção tem que respirar assim e fazer força na perna. (E1,20).* Na observação durante o trabalho de campo, *"acompanhei a enfermeira Rita que foi observar uma parturiente e decidiu que aquele era o momento certo para a parturiente começar a fazer força, quando ocorressem as contracções. Incentivou-a a fazer força quando tivesse contracção. Dizia-lhe para não fazer força no pescoço e sim como se fosse evacuar. (...) A enfermeira Leonor ajudou a parturiente a deitar-se em decúbito lateral direito, explicando-lhe que agora era outra fase e que iria fazer força nessa posição. Ajudou-a a segurar a perna esquerda e ensinou-a a fazer força." (NC,p.16,40).*

DOMÍNIO CULTURAL 11- Razões para os enfermeiros não assumirem a autonomia na preparação do casal para o parto	
Relação semântica: razão/motivo **Forma:** X é uma razão para Y	
o Falta de espaço o Falta de tempo o Falta de paciência o Momento inadequado	*É uma razão para o enfermeiro não assumir a autonomia na preparação do casal para o parto*

Fig.13

Apesar de reconhecerem a importância da preparação do casal para o parto, os informantes consideram que poderia ser uma prática muito mais assumida na sala de partos. De facto, constatámos que esta preparação nem sempre era realizada e os enfermeiros sempre tinham respostas para isso, alegando existir razões para que tal não acontecesse.

A falta de espaço surge, na perspectiva dos informantes, como uma das razões que leva os enfermeiros a não assumir na totalidade esta prática, considerando que na sala de partos não estão reunidas as condições físicas adequadas. *"Podia ser muito mais assumida. Muito mais. Acho que sim. Talvez até, nem aqui na sala, mas por exemplo numa consulta pré-natal. Sobretudo isso. Nós aqui na sala não temos grande espaço" (E3,p.16).*

Consideram também que, a falta de tempo, devido ao excesso de trabalho, também é condicionadora ao desenvolvimento da preparação do casal. *"Às vezes, nem temos disponibilidade. Também acontece, não é? Porque é assim, uma coisa é teres uma pessoa só ao teu cuidado, outra coisa é se estarem uma data de crianças a nascerem ao mesmo tempo. Às vezes não temos essa disponibilidade." (E5,p.27). "Se nós tivermos disponibilidade de tempo ou tivermos despertas p'ra esse problema, até vamos e pronto.*

Senão, acho que as coisas até passam um bocado. (...) Não temos disponibilidade de tempo p'ra isso." (E3,p.16). Consequentemente surge também a falta de paciência, como uma das razões que dizem ter para não assumir esta prática. *"Há colegas que explicam bem e têm uma enorme paciência em estar ali a explicar (...), conversam muito com as pessoas. Eu nem sempre tenho essa paciência, de facto, é verdade." (E3,p.15).*

Por outro lado, consideram que as consultas pré-natais constituem o momento adequado, para que esta preparação seja feita, uma vez que a preparação do casal deve iniciar-se precocemente, para que o casal chegue à sala de partos já preparado o suficiente para enfrentar melhor o processo de nascimento do filho. *"É assim, eu acho que a preparação do casal, de uma maneira geral, para o parto, não deve ser feita na altura em que a mulher nos aborda aqui a nós na sala de partos. Deve ser uma preparação que devia ser feita previamente. Se essas pessoas tivessem uma formação prévia, já estavam muito mais à vontade, mais tranquilas, muito menos ansiosas e se calhar as coisas correriam de uma maneira diferente, não é? Porque se calhar, uma pessoa que está tranquila, que não está preocupada e que não tem receios, enfrenta a maternidade muito melhor." (E5,p.26,27). "Nós aqui dentro, se calhar, tendo em conta o nível de ansiedade do casal, tendo em conta as suas necessidades, não é o local ideal p'ra se fazer isso. Eu não acho, (...) isso deve ser feito aquando das consultas pré-natais." (E2,p.10). "Acho que seria importante, mas não naquele momento, seria mais na consulta durante a gravidez.". (E7,p.7). "A preparação do casal para o parto deveria de ser durante as consultas pré-natais." (E4,p.18).*

DOMÍNIO CULTURAL 12- Tipo de intervenções que os enfermeiros desenvolvem com autonomia durante a vigilância que fazem do trabalho de parto	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Avaliar necessidades da parturiente o Controlar a perfusão de oxitocina de acordo com a evolução do trabalho de parto o Decidir quando pode fazer rotura de membranas o Avaliar bem-estar fetal através da variabilidade do registo o Avaliar a dinâmica uterina o Avaliar variedade da apresentação o Avaliar progressão do trabalho de parto o Avaliar a dinâmica da incompatibilidade materno-fetal o Avaliar posição do feto o Avaliar momento da expulsão fetal o Colocar a parturiente em posição ginecológica para a realização do parto	*É um tipo de intervenção que o enfermeiro desenvolve com autonomia durante a vigilância que faz do trabalho de parto*

Fig.14

A vigilância do trabalho de parto é uma actividade desenvolvida com autonomia, e os informantes reforçam isso, quando expressam as intervenções que desenvolvem, caracterizando o seu trabalho autónomo nesta área. *"Na vigilância do trabalho de parto, nós somos autónomos. Pronto, digamos que é dos cuidados que nós prestamos que podemos ter uma autonomia quase de 100%." (E6,p.14). "Acho que a vigilância do trabalho de parto é feita essencialmente pelos enfermeiros." (E2,p.6).* Se voltarmos a analisar as actividades expressas na Directiva Comunitária 80/155/CEE de 21 de Janeiro, constatamos que aquilo que os informantes expressam desenvolver com autonomia durante a vigilância do trabalho de parto é muito mais do que se pode ler.

Os informantes consideram que avaliar as necessidades da parturiente é uma das intervenções que desenvolvem com autonomia, principalmente no que diz respeito à analgesia, que é uma preocupação expressa. *"Se eu achar que a senhora precisa de ser analgesiada, eu comunico ao médico. Não estou à espera que ele chegue e tenho ali a mulher aflita, cheia de dores e não sei quê, sem tomar nenhuma decisão." (E3,p.20,21). "Vou dizer ,«olhe, aquela senhora está a precisar de ser sedada. (...) Está queixosa, precisa de uma analgesia, vamos decidir, é epidural, é midazolam." (E1,p.3,13).* De facto, verificamos também que *"alguns enfermeiros tomam a iniciativa de medicar a parturiente, caso não exista prescrição e comunicam depois ao obstetra que prescreve à posteriori. Sabem que não é um acto de enfermagem, mas assumem essa iniciativa. Não agem sempre assim, depende dos obstetras que estão de serviço." (NC,p.20).*

Controlar a perfusão de oxitocina, é assumido pelos informantes, como uma intervenção que desenvolvem com autonomia. *"Temos autonomia p´ra diminuirmos a oxitocina, pararmos se a senhora está com muitas contracções ou o bebé está com bradicardia." (E2,p.6). "Na altura até tive de fechar a oxitocina e recuperou porque esteve um bocadinho o registo com menos variabilidade." (E1,p.27). "Em termos de dosear a administração da oxitocina, aumentar ou não aumentar a perfusão. Eu não vou perguntar ao médico «olhe, aumento ou não aumento?», não é? A partir do momento em que ele prescreve, a velocidade com que eu aumento a perfusão já é da minha competência, dependendo da evolução da situação." (E3,p.5).* No decurso do trabalho de campo *"observei que de uma forma geral, as enfermeiras controlavam o ritmo da gota nas bombas perfusoras, e aumentavam a dose de infusão da oxitocina ou não, conforme a observação que iam fazendo da evolução do trabalho de parto, através da vigilância do registo cardiotocográfico." (NC,p.7) A enfermeira Olga certificou-se da evolução do registo cardiotocográfico e aumentou a perfusão de oxitocina". (NC,p.65).*

Na perspectiva dos informantes fazer, rotura artificial de membranas, é outra intervenção que também desenvolvem com autonomia. *"Temos autonomia*

p´ra fazer, vermos quando, quando podemos ou não podemos romper um saco." (E2,p.6). "Fazer uma rotura de membranas, que é uma decisão autónoma. Portanto, eu observei-a, eu acho que a senhora tem condições para fazer rotura, está na altura certa, e tomo essa decisão, faço rotura." (E3,p.5). Esta intervenção foi notória no decurso do trabalho de campo e numa das situações vimos *que "a enfermeira Olga fez o toque vaginal e decidiu fazer também rotura de membranas, por isso a auxiliar deu-lhe a pinça necessária." (NC,p.65).*

Uma das intervenções previstas na directiva é, vigiar o estado do feto in-útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados. É notório que os informantes consideram ter autonomia nisso e deixam transparecer que é através do registo cardiotocográfico que fazem esta vigilância. *"No trabalho de parto, tu vigias o bem-estar fetal, pelo menos a minha maior preocupação vai p´ro bem-estar fetal, durante a vigilância do trabalho de parto. A mãe queixa-se, tem alguma coisa desconfortável, queixa-se. O bebé não. Temos sempre que ter o registo p´ra nos orientar." (E4,p.22). "Falei-te na autonomia que nós temos em, em fazer uma avaliação, por exemplo, da variabilidade do registo, se o bebé está bem se não está. (...) Olhas p´ro registo e verificas que o registo tem pouca variabilidade, tu tens autonomia suficiente para ou fazeres um estímulo táctil na barriga da mãe e verificares se a criança está ou não a dormir, aumentares um bocadinho o débito da perfusão." (E5.p.15,35).*

Os informantes afirmam, que avaliar a dinâmica uterina, é também uma intervenção que desenvolvem com autonomia, durante a vigilância do trabalho de parto. *"Autonomia nós temos em fazer uma avaliação da dinâmica uterina, como é que está a se comportar em termos de dinâmica." (E5,p.35). "Vigias as contracções uterinas ou a dinâmica uterina." (E4,p.22).* Dão também a entender que avaliam a dinâmica uterina através do registo cardiotocográfico.

A variedade da apresentação é segundo os informantes, uma intervenção que consideram desenvolver com autonomia: *"Tenho autonomia para avaliar*

nomeadamente em termos de apresentação, em termos de variedade de apresentação." (E5,p.18). "Eu, em termos de autonomia, consigo avaliar em termos de variedade da apresentação." (E8,p.12). Da mesma forma, consideram fazer parte da sua autonomia nas práticas, a avaliação da progressão do trabalho de parto. *"Avaliar em termos de progressão ou não progressão (...). Aquele bebé está ali há muito tempo, no estreito superior, não avança e a dilatação mantém-se." (E5,p.18,21).* Afirmam também ter autonomia, para avaliar se existe compatibilidade à passagem do feto pelo trajecto vaginal. Esta avaliação permite-lhes a previsão de um parto intervencionado. *"Nós às vezes, achamos que é uma bacia que está apertada (...).Tenho dúvidas, acho que a bacia é apertada." (E5,p.18,21). "Ainda ontem aconteceu que eu observei uma senhora e vi que aquela senhora tinha uma bacia super apertada, incompatível com a passagem do bebé." (E1,5).*

Avaliar a posição fetal é considerado pelos informantes como uma das práticas que desenvolvem com autonomia: *"Fazes um toque vaginal a uma senhora e vês a posição do feto se está em esquerda anterior ou em direita posterior, a sutura está na mesma linha, mas a fontanela é que está virada ao contrário." (E4,p.10).* No decurso do trabalho de campo, verificamos que *"os enfermeiros avaliam a posição do feto e depois registam em suporte próprio (partograma). Estes registos são feitos pelos enfermeiros e pelos obstetras." (NC,p.30).*

Os informantes consideram que também faz parte da autonomia nas suas práticas durante a vigilância que fazem do trabalho de parto, avaliar o momento da expulsão do feto. *"A autonomia existe, em nós conseguirmos fazer uma avaliação de que, de facto, aquela senhora está pronta, está no momento certo para realizarmos a extracção fetal." (E5,p.40).* No decurso do trabalho de campo vimos que *"a enfermeira Berta observou a parturiente através do toque vaginal, e disse que a senhora ia já parir, tinham que se preparar para o parto." (NC,p.25).* Fazer o parto normal quando se trate de apresentação cefálica é uma das actividades dos enfermeiros especialistas em ESMO, salvaguardada na Directiva Comunitária. Assim, os enfermeiros

avaliam o momento da expulsão fetal e preparam-se para ajudar ao nascimento, assumindo essa sua decisão. Assim, afirmam que quando está próximo a expulsão do feto, posicionam a parturiente para fazer o parto. Na perspectiva dos informantes, sentem ter autonomia nisso. *"A autonomia existe, na efectivação do parto em si. Aquela senhora é colocada em posição ginecológica e vamos realizar o parto." (E5,p.40).*

DOMÍNIO CULTURAL 13: Tipo de intervenções que os enfermeiros consideram desenvolver com autonomia durante a realização do parto normal	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Envolver casal no nascimento o Incentivar a parturiente a fazer força correctamente para ajudar a expulsar o feto o Decidir fazer e quando fazer episiotomia o Decidir como fazer episiorrafia o Laquear e cortar o cordão umbilical o Fazer espressão uterina após a dequitadura o Avaliar decisão de administrar oxitocina ou methergin para promover contracção uterina	*É um tipo de intervenção que o enfermeiro considera desenvolver com autonomia durante a realização do parto normal*

Fig.15

A realização do parto normal é, considerado pelos informantes, como uma das actividades onde têm autonomia ao longo de todo o seu processo. Envolver o casal no nascimento é uma preocupação expressa, presente na equipa de enfermagem. *"Assim que nasce a cabeça do bebé, eu peço ao marido «levante-lhe a cabeça p'ra ela ver nascer o filho» e eu digo «tá a ver a nascer?» e ponho logo em cima dela. E tento logo que ela toque nele «mexa, mexa que ele não se parte». (...) É importante envolvê-los no nascimento e depois dizem «ah! A senhora enfermeira pô-lo logo em cima de mim, eu vi-o nascer e eu mexi-lhe logo»." (E1,p.31).* Por outro lado, no

decurso das notas de campo constatámos que *"o marido foi orientado para se colocar junto da esposa, e a enfermeira Jacinta disse-lhe para apoiar a cabeça da esposa quando esta fizesse força." (NC,p.42).*

Os informantes consideram também ter autonomia, na forma como incentivam a parturiente a fazer força de forma adequada, no sentido de ajudar a expulsar o feto. *"Eu ponho-me ali diante das pernas dela, olho p´ros olhos dela, chamo p´lo nome e digo «olhe, tou aqui e a senhora vai precisar de me ajudar a pôr o bebé cá fora. Vai puxar os ferros e fazer força." (E1,p.31). "Eu tenho uma regra de ouro, que é num parto a única voz que se ouve é a da pessoa que está a fazer o parto. «Faz força com a cabeça levantada, agora não faz força». (...) Vou orientando a mulher «olhe faça assim, faça assim». (...) Se eu estou com calma, a senhora me está a ouvir, vou incentivando, vou ensinando. Se há intervalo de uma contracção digo «olhe, está a fazer mal», explico-lhe como é." (E2,p.20).*

Ter autonomia para decidir, se fazem ou como fazem episiotomia, é na perspectiva dos informantes uma intervenção durante ao realização do trabalho de parto em que assumem ter autonomia. *"Sou eu que decido fazer e quando fazer episiotomia. (...) Por vezes até acabo por não fazer nada. Mas, somos nós que decidimos." (E2,p.19).* No decurso do trabalho de campo, constatámos que os enfermeiros tinham esse poder de decisão. *"Os médicos obstetras podem estar perto e acompanhar a realização do parto feito por um enfermeiro, mas não é habitual interferirem no processo se este decorrer normalmente. Isto implica que são os enfermeiros que decidem o que fazer, quando fazer e como fazer relativamente às manobras necessárias ao nascimento." (NC,p.19).* Da mesma forma, os informantes expressam ter autonomia, na forma como realizam a episiorrafia. *"Suturo como quero, (...) com o que é que vou suturar?, com isto e com aquilo." (E1,p.29). "Decido o que eu acho, da forma como devo fazer a episiorrafia. Se faço uma sutura contínua, se não faço, o tipo de sedas ou cat-guts ou vicril, nisso sou totalmente autónoma." E3,p.22). "Nós decidimos tudo, o tipo de fios que utilizamos, o tipo de sutura que fazemos. Temos autonomia em tudo." (E5,p.41).* No decurso da observação *"perguntei-lhe se os fios de*

sutura que utilizava eram ao seu critério ou se seguia algum protocolo do serviço. Respondeu-me que era segundo o seu critério." (NC,p.14).

Consideram ainda, que têm autonomia para laquear e cortar o cordão umbilical. *"Faço o parto, nasce o garoto, faço laqueação e corto o cordão" (E1,p.29).* Esta laqueação e corte do cordão, implica o apoio de outra pessoa, que colabora com quem está a realizar o parto. No decurso do trabalho de campo, vimos isto acontecer e são os enfermeiros, que habitualmente dão esta colaboração, quer o parto seja realizado pelo enfermeiro, quer seja realizado pelo obstetra. *"A enfermeira Gabriela foi ajudar na preparação do material anestésico, na protecção da parturiente com panos esterilizados e, preparou-se para receber o recém-nascido. Quando nasceu ajudou a laquear o cordão umbilical." (NC,p.35).*

De igual modo, os informantes expressam ter autonomia para fazer espressão uterina após a dequitadura, avaliando também se o útero está bem contraído. *"Acabou o parto, fazes a espressão uterina, o globo está bem formado." (E4,p.32). "Logo a seguir ao parto nós avaliamos as perdas sanguíneas, fazemos uma boa espressão uterina." (E2,p.26). "Após a dequitadura, no pós-parto imediato, após a sutura, (...) faço a espressão uterina, como é que está, como é que não estão as perdas." (E1,p.33). "Sinto autonomia, somos nós que prestamos os cuidados no puerpério imediato, fazer a avaliação do globo de segurança de pinard, se está bem formado. Posso-lhe fazer uma espressão uterina, ver se tá bem formado. Isso aí eu sinto-me autónoma para fazer." (E7,p.16).*

No decurso do trabalho de campo constatámos que os informantes tinham autonomia para avaliar se administravam ou não methergin ou oxitocina, terapêutica habitual para promover a contracção do útero no pós-parto. Os informantes referem o mesmo, considerando que essa decisão é autónoma, mesmo sem prescrição. *"Fazemos a dequitadura e uma autonomia que nós temos é em relação à medicação, administrar o methergin ou a oxitocina. Na altura tens que avaliar e decidir, a senhora teve uma vez a tensão arterial elevada, dás-lhe ou não dás o methergin?" (E4,p.28) Decidimos ou não a*

administração do methergin por causa da hemorragia, da ferida uterina, para ajudar a contrair o útero. Se a senhora não é hipertensa podemos autonomamente administrar o methergin." (E5,p.44). "Decidir a administração de terapêutica, neste caso após o parto, methergin ou oxitocina, depende se é hipertensa se não é hipertensa." (E6,p.29). "Se eu achar que ela não está com o útero bem contraído, que eu preciso de pôr mais umas unidades de oxitocina, eu ponho. Mais 10 ou 15." (E1,p.33). Não existe nenhum protocolo acerca desta medicação, mas através da observação, podemos constatar existir uma espécie de acordo entre a equipa médica e de enfermagem para a administração desta medicação mesmo sem prescrição.

DOMÍNIO CULTURAL 14- Razões dos enfermeiros para não assumirem a realização do parto normal	
Relação semântica: Razão/motivo **Forma:** X é uma razão para Y	
o Para os médicos internos fazerem o Quando o serviço tem lotação máxima o Para acolher e cuidar do recém-nascido o Quando o médico obstetra quer realizar o parto de uma parturiente da sua consulta privada	*É uma razão para o enfermeiro não assumir a realização do parto normal*

Fig.16

Tendo em conta a observação que foi feita no decurso do trabalho de campo e a perspectiva dos informantes, a realização do parto normal é assegurada pelos enfermeiros. Contudo existem situações em que não assumem a sua realização apontando para isso algumas razões:

Segundo os informantes, é filosofia da equipa da sala de partos, proporcionar a estagiários na unidade, quer sejam médicos quer sejam enfermeiros, as experiências de que necessitam para o seu currículo. É nestas circunstâncias que, consideram que a sua presença, é uma razão

para não assumirem a realização de um parto normal. *"Quando há internos, muitas vezes eles adiantam-se a fazer. E eu, por exemplo, ficava às vezes um bocado desiludida e desanimada. Segui a senhora, fui eu que estive sempre com ela do princípio ao fim a controlar toda a situação do trabalho de parto e quando chegava a hora do parto, vinha um interno e «eu faço». (E3,p.23). "Em relação ao interno, depende. Nem sempre concordo, mas acontece. É mais importante que vigiem o trabalho de parto e não só fazer o parto como acontece. Até já conversei amigavelmente com eles. (...) Eu a questão do interno nestas condições, nunca acato muito bem." (E2,p.22).* É notório que esta razão não é muito bem aceite por alguns informantes, porque consideram que não deveria ser quebrada a continuidade dos cuidados à parturiente. Contudo, existe quem afirme que essa situação não lhe causa incómodo. No decurso do trabalho de campo, *"perguntei à enfermeira Rita se ia fazer o parto e ela disse que estavam ali médicos internos e por isso seriam eles a fazê-lo. (...) Os internos precisam de fazer currículo e ela já não, por isso "dava-lhes" os partos." (NC,p.35).*

Na perspectiva dos informantes, quando o serviço está com lotação máxima, implica que os enfermeiros abdiquem de fazer o parto para poderem desenvolver outras intervenções que são habitualmente desenvolvidas por eles, como é o caso do acolhimento da parturiente e receber o recém-nascido. Neste caso dizem ser comum solicitarem apoio ao médico para a realização do parto. *"Depende também do serviço. Porque se estiver muito cheio e se, por exemplo, dar-se dois ou mais partos ao mesmo tempo, temos que recorrer ao médico para fazer o parto, porque nós é que recebemos o recém-nascido" (E7,p.11). "Quando eu estou com uma utente distribuída e estou a receber outra, por exemplo, outra utente e peço ao médico «olhe, ajude-me aqui, faça-me este parto que eu vou acolher aquela senhora», porque o acolhimento só nós é que fazemos." (E6,p.30). "Quando o serviço está muito cheio, que realmente a gente tem que ter o controlo da situação, é o médico que faz os partos." (E1,p.30).*

Isto confirmou-se no decurso do trabalho de campo, em que uma enfermeira nos disse, que *"quando a sala está complicada, é impossível ser a*

enfermeira a fazer o parto porque a confusão ainda é maior. Combinaram que quando a sala está assim são os médicos que fazem os partos, quando está calma são os enfermeiros, a não ser que vejam que vai ser um parto intervencionado. Como é regra, nem é preciso dizer nada, cada um sabe o seu papel." (NC,p.29).

Quando é necessário acolher e cuidar do recém-nascido e não há possibilidade de ajuda de outro enfermeiro, os informantes assumem que, solicitam o apoio do médico obstetra para a realização do parto. *"Quando regressámos do almoço tinha ocorrido um parto normal. Questionei a enfermeira Olga sobre quem tinha feito o parto e ela disse-me que foi o médico obstetra. Quando perguntei de novo porquê, respondeu-me que tinha sido ela que lhe pedira o favor de fazer o parto, pois estava sozinha e tinha que assegurar os cuidados às restantes parturientes. Assim, colaborou com o médico e recebeu o recém-nascido assegurando-lhe os cuidados imediatos." (NC,p.13).*

Outra das razões que os informantes expressam ter para não assumirem a realização de um parto normal, deve-se ao facto de alguns médicos solicitarem para si esse parto, tendo em conta que é uma das parturientes da sua consulta privada. *"Porque às vezes temos senhoras que são vigiadas por eles na privada, não é?, como sabes. E eles, às vezes, sem motivo nenhum aparente, querem observar as senhoras e fazer o parto." (E5,p.19). "Acontece muitas vezes, só porque o médico seguiu a senhora na privada «ai, eu faço este parto, sou eu que faço»." (E3,p.23).* Em determinado momento do trabalho de campo, *"questionei a enfermeira Berta porque ia o obstetra fazer o parto? Ela respondeu-me que era uma cliente da sua consulta privada e quando era assim eles queriam fazer os partos." (NC,p.25).*

DOMÍNIO CULTURAL15: Tipo de intervenções que os enfermeiros desenvolvem com autonomia ao recém-nascido	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Acolher o recém-nascido o Prestar e colaborar nos cuidados imediatos o Colaborar na reanimação do recém-nascido o Colocar recém-nascido a mamar	*É um tipo de intervenção que o enfermeiro desenvolve com autonomia ao recém-nascido*

Fig.17

Os informantes deixam antever que o acolhimento ao recém-nascido começa antes dele nascer, *" Preparo o ambiente, coloca-se a roupa p´ra aquecer". (E1,p.32).* Esta prática é rotina, na medida em que é importante preservar as perdas de calor do recém-nascido. Preparar a roupa e uma pulseira para identificação do recém-nascido e é uma prática muito comum que os informantes expressam desenvolver com autonomia na sala de partos. *"Identificou uma pulseira azul plastificada, habitualmente usada para identificar os recém-nascidos após o nascimento. (...) Disse à mãe que colocava aquela pulseirinha junto da trouxa de roupa para o bebé para depois o identificar quando nascesse. É habitual no serviço identificar os rapazes com pulseira azul e as raparigas com pulseira cor-de-rosa." (NC, p.74,75).*

Esta é uma estratégia que, os informantes dizem ser, de toda a equipa de enfermagem e médica. São os enfermeiros, quer seja um parto realizado pelo enfermeiro ou não, que asseguram esta passagem do recém-nascido para outra sala, que está preparada para lhe prestar os cuidados imediatos após o nascimento. *"A enfermeira Leonor preparou-se para receber o bebé. A distância estava eu e a pediatra. O bebé nasceu e foi colocado junto da mãe por breves instantes para que esta o acarinhasse e beijasse e foi levado pela enfermeira Leonor para a sala dos cuidados imediatos." (NC,p.42). A enfª Telma foi receber o bebé da cesariana, que estava quase a nascer" (NC,p.64).* Os informantes consideram desenvolver esta

intervenção com plena autonomia: *"Receber o recém-nascido. De uma forma geral, sim tenho autonomia nisso." (E4,p.29).*

A prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido inclui uma série de intervenções com o objectivo de promover uma boa adaptação à vida extra-uterina. De acordo com a perspectiva dos informantes, estes cuidados são prestados pelos enfermeiros com autonomia, na totalidade ou em colaboração com um médico pediatra. *"Temos autonomia, pesamos, vestimos, administramos o kanakion mesmo sem estar prescrito porque já é protocolo, as gotas oftálmicas. Aspirar a criança, fazer lavagem gástrica, (...) a pesquisa de vasos, permeabilidade anal e essas coisas necessárias." (E2,p.22). "Prestamos os cuidados imediatos, pesamos o bebé, administramos a terapêutica, o kanakion intramuscular e fazemos uma desinfecção oftalmológica."(E7,p.12).* No decurso do trabalho de campo constatámos, que os enfermeiros observados, apenas colaboravam no exame ao recém-nascido com o pediatra e depois cuidavam dele prestando-lhe os restantes cuidados imediatos. *"A enfermeira Olga recebeu o recém-nascido no Bloco Operatório e quando o trouxe para a sala de cuidados imediatos aguardavam-na dois pediatras que observaram o bebé. A enfermeira Olga colaborou com eles na aspiração de secreções, na lavagem gástrica, na pesquisa de vasos do cordão, na verificação da permeabilidade anal e depois assegurou os restantes cuidados imediatos como laquear definitivamente o cordão umbilical, pesar, administrar vitamina K, colocar colírio oftálmico, vestir." (NC,p.8).* Se tivermos em conta a Directiva Comunitária, verificamos que neste caso o exame ao recém-nascido não é assegurado pela equipa de enfermagem, conforme consta na mesma.

Colaborar com o médico pediatra na reanimação de um recém-nascido é na perspectiva dos informantes, desenvolvido com à vontade, apesar de haver sentimento geral da necessidade de maior formação nesta área, de forma a permitir aumentar os conhecimentos e a segurança e consequentemente a autonomia. Por outro lado, isto permitiria ir ao encontro do que está descrito na Directiva Comunitária, em que o enfermeiro deverá tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar a reanimação imediata, se for caso disso. *"Não me importa nada assistir a um*

recém-nascido que esteja a ser entubado. Sei perfeitamente os passos que se seguem p'ra ir buscar o material necessário e colaborar." (E4,p.30). "O miúdo nasceu com mecónio (...) e então disse «oh doutor, o melhor é pôr o ambú, p'ro aspirar», eu estava de luvas, peguei no laringoscópio, enfiei-o e ele estava com a sonda e disse «ah, mas fixe só o laringoscópio que eu aspiro». (...) Depois o miúdo não reagia e eu fazia massagem o mais possível p'ra reanimá-lo." (E1,p.31).

Os informantes consideram também que, colocar o recém-nascido a mamar faz também, parte das intervenções que desenvolvem com autonomia ao recém-nascido. *"Eu tento sempre pôr o bebé a mamar antes de sair da sala de partos. Eu acho que é fundamental, pela relação precoce, nem que esteja ali a brincar só com o mamilo (E4,p.30). "Se eu tiver tempo e estar só uma senhora na sala, eu vou pôr o bebé ao peito." (E1,p.34). "Se a senhora está um pouco mais de tempo na sala, coloco o bebé à mama." (E2,p.24).* Contudo, da observação que desenvolvemos, verificamos que poderia ser mais assumida na medida em que poucas vezes vimos isto acontecer. *"O recém-nascido poderia já ter iniciado a amamentação, uma vez que estava bem, mas desde que iniciei a observação não vejo a equipa de enfermagem ter esta preocupação." (NC,p.46).*

DOMÍNIO CULTURAL 16- Razões para os enfermeiros terem pouca autonomia na assistência ao recém-nascido	
Relação semântica: Razão/motivo **Forma:** X é uma razão para Y	
o Falta de experiência na reanimação do recém-nascido o Falta de confiança de alguns pediatras nos enfermeiros o Intervenção do pediatra nos cuidados imediatos ao recém-nascidos sem complicações o Mau relacionamento com alguns pediatras	*É uma razão para o enfermeiro ter pouca autonomia na assistência ao recém-nascido.*

Fig.18

A falta de autonomia relativamente à assistência ao recém-nascido é expressa pelos informantes. Uma dessas razões é a falta de experiência na assistência ao recém-nascido em situação de emergência. Por isso expressam a necessidade de aprofundar conhecimentos que lhes permita ganhar segurança e garantir essa autonomia. *"Eu não acho que tenha muita autonomia na assistência ao recém-nascido. Primeiro porque tenho dificuldades, porque é um campo que eu acho que preciso de desenvolver e preciso de mais formação. (...) Deveríamos saber um bocadinho mais, deveríamos ser, um bocadinho, mais autónomas e não somos. Acho que ainda preciso, ainda preciso de pesquisar muito e de aprender mais um bocado. Numa situação emergente em que não esteja o Pediatra aqui, deveríamos saber fazer determinadas coisas que não sabemos." (E8,p.19). "Gostaria de ter mais alguma formação relativamente à reanimação do recém-nascido. Acho que devíamos reciclar com mais frequência a nossa actuação, para poder intervir em caso de urgência." (E3,p.25,26).*

A falta de confiança de alguns pediatras nos enfermeiros é, expressa pelos informantes, como outra razão condicionante à autonomia dos enfermeiros, nos cuidados ao recém-nascido. *"Muitas vezes depende da equipa de pediatras que está na sala. Há, determinadas equipas, que não estão minimamente preocupadas com o que se passa, confiam no que a enfermeira faz, sabem que a enfermeira executa os cuidados com eficácia, com segurança. Há outros pediatras que gostam de estar, por uma questão de se sentir mais à vontade estando elas também ao pé da enfermeira." (E6,p.31). "Com alguns pediatras eu tenho a autonomia completa p'ra tudo. (...) Com outras pessoas nem tanto." (E1,p.31). "A autonomia na assistência ao recém-nascido é assim um bocado mais periclitante. É assim, depende da confiança do pediatra que está connosco a receber o recém-nascido. (E5,p.42).*

A intervenção constante do pediatra nos cuidados imediatos ao recém-nascido sem complicações faz, com que os informantes considerem que isso impede o desenvolvimento da autonomia nessas práticas, uma vez que não têm a oportunidade de desenvolver as suas intervenções, para as quais

sentem ter preparação adequada e sentem ter a capacidade para assumir essa responsabilidade. Consideram a intervenção do pediatra oportuna apenas em caso de complicações. *"Na assistência ao recém-nascido, eu penso que a gente podia ter um bocado mais de autonomia do que aquilo que temos. Eu penso que o pediatra, por exemplo, só é necessário na assistência ao recém-nascido, se houver necessidade de uma intervenção digamos, de uma reanimação mais intensiva. Penso que os enfermeiros obstetras estão preparados p'ra prestar cuidados imediatos ao recém-nascido sem ajuda do pediatra e assumir essa responsabilidade. Eu não vejo na minha perspectiva, necessidade nenhuma de estar um pediatra a receber um bebé que nasceu perfeitamente bem com um APGAR de 9-10-10. p'ra quê? (...) Por exemplo, onde eu tirei a especialidade, não era assim, o pediatra não estava, o pediatra só era chamado efectivamente quando havia situações de risco. Quando não era, eram as enfermeiras que eram autónomas, tínhamos mais autonomia do que temos aqui nesse aspecto." (E5,p.42,43). "Acho que a nossa intervenção é um bocado, não é muito autónoma. Porque a maior parte das vezes, raras são as vezes, em que nós não temos um pediatra presente. Fazem um escabeche quando não estão presentes, ou porque não os chamamos a tempo. É um bocado complicado aí. Por isso é que eu digo que é a área em que nós somos menos autónomos. (E2,p.23).*

Da mesma forma, deixam transparecer a existência de más relações interpessoais existentes entre enfermeiros e pediatras. Segundo os informantes, este mau relacionamento com alguns pediatras, condiciona o desenvolvimento da autonomia nos cuidados ao recém-nascido. *"Se eu poder, escapo-me sempre de ir receber um recém-nascido com uma certa pediatra, porque é uma incompatibilidade mútua. Oh! Pá. Não dá. Não nos damos bem. E portanto eu aí nem tenho autonomia nenhuma. Eu espero que ela me peça as coisas, espero, nem sugiro nada." (E4,p.29).*

DOMÍNIO CULTURAL17: Tipo de intervenções mais significativas que os enfermeiros consideram desenvolver com autonomia nas suas práticas	
Relação semântica: inclusão estrita **Forma:** X é um tipo de Y	
o Fazer episiorrafia o Realizar o parto o Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e parto o Vigilância do trabalho de parto o Acolhimento da parturiente na unidade o Acompanhamento da mulher desde o acolhimento até à alta o Informar a família	*É um tipo de intervenção mais significativa que o enfermeiro considera desenvolver com autonomia nas suas práticas.*

Fig.19

Os informantes consideram que existem mais do que apenas uma intervenção significativa nas suas práticas, que desenvolvem com autonomia. *"Eu acho que não há apenas uma única coisa, que me faça mais satisfeita, mas sim um conjunto de coisas, que p'ra mim tem mais significado." (E4,p.7).* No decurso do trabalho de campo, constatámos que os enfermeiros observados *"confundem-se muito com os médicos, uma vez que parecem fazer quase tudo, aquilo que eles fazem. Não parece haver investimento em intervenções que se poderiam tornar únicas aos olhos das pessoas de quem cuidam." (NC,p.22).* Contudo, dos discursos obtidos nas entrevistas, constatámos que os informantes consideram determinadas intervenções, significativas na sua prática, que vêm contrariar esta nossa perspectiva inicial.

Afirmam que fazer a episiorrafia é, uma intervenção de cariz técnico que desenvolvem com autonomia, a qual consideram ser significativa nas suas práticas. *"Gosto muito da parte cirúrgica, de suturar o períneo." (E3,p.3,4).* Fazer o parto também, realçando que ajudar a nascer é o seu objectivo principal, e não apenas a execução técnica do parto. *"Gosto muito de fazer*

partos. É isso que gosto mais de fazer, o parto. Sim, o parto em si. Fazer o parto é a parte que eu mais gosto." (E3,p.4,23). "Eu gosto de fazer partos. E isso para mim é muito importante por ser enfermeira especialista. Estou aqui para cuidar das mulheres que estão em trabalho de parto, mas fazer o parto é a parte final, acaba por ser aquilo que eu mais gosto de fazer, porque é ver realizado o nosso objectivo. Vamos ajudá-las a dar à luz." (E8,p.18).

Uma das intervenções que os informantes consideram também ser significativa e desenvolvê-la com autonomia é, assistir a parturiente durante o trabalho de parto e parto. Consideram que apoiar a mulher, estabelecendo com ela uma relação de ajuda é, fundamental e procuram agir de forma consentânea. *"O que tem para mim mais significado é a relação de ajuda, apoiar durante o trabalho de parto. A senhora vai passar por várias fases. P'la fase que está queixosa, p'la fase da dilatação que é uma fase que pode ser mais ou menos prolongada seja ela primípara seja ela multípara. E ela vai ter que ter apoio. (E1,p.6). "P'ra mim é fundamental o apoio, o estabelecimento de uma relação de ajuda que permita apoiar a utente. Pronto acho que isso é uma coisa autónoma minha que tem muito significado para mim." (E6,p.6). "É o que mais gosto de fazer, assistir a mulher durante o parto e talvez por isso eu me consiga sair melhor. Não sei. Porque gosto de lhe explicar o que vou fazer, de conversar com ela p'ra a distrair um bocado, pronto! Até se devia congratular põe ela, enfim, ter ajudado, por se ter portado muito bem." (E3,p.23).*

A vigilância do trabalho de parto também aparece nas expressões dos informantes como sendo uma intervenção significativa e na qual têm plena autonomia. *"Acho que o parto não é a coisa mais importante, é a vigilância do trabalho de parto que eu mais valorizo, que tem mais significado para mim." (E2,p.2).* No decurso do trabalho de campo vimos que é, de facto, significativo para os enfermeiros esta vigilância, na medida em que, como já foi abordado, preferem optar por continuar a fazer a vigilância e pedir ao médico para fazer os partos, em caso de necessidade. Os informantes expressam que é mais significativo fazer *"um bom"* acolhimento à parturiente na unidade, porque este é feito apenas pelos enfermeiros. Consideram que

devem valorizar esta intervenção, porque consideram ser uma intervenção apenas sua que desenvolvem com autonomia e onde mostram ser insubstituíveis. *"Fazer um parto é um acto nosso, mas eu acho que é mais importante um bom acolhimento de uma utente que chega a uma sala de partos, do que estar a executar um parto. (...) O acolhimento é algo que é só nosso, o médico não o faz. E, o fazer o parto já pode ser, digamos, feito pelo obstetra. É se calhar mais importante, nós darmos muitas vezes ênfase e valorizarmos mais aquilo que nós podemos fazer que é nosso, que é estabelecer o acolhimento." (E6,p.30).* Da mesma forma, consideram ser mais significativo, acompanhar todo o processo de trabalho de parto e parto, desde que a parturiente entra na unidade até ao momento da alta. *"Aquilo que p´ra mim tem mais significado, que eu mais gosto de fazer na sala de partos, é o acompanhamento da senhora, desde a entrada até à saída. Desde o acolhimento até à alta." (E4,p.7).*

Também dizem ser importante informar a família, principalmente acerca do bem-estar materno e do feto/recém-nascido. Expressam que têm autonomia no desenvolvimento desta intervenção. *"Informar os maridos, atender um telefonema da avó e dizer «fique descansadinha que o bebé está bem, a mãe está bem e o pai também está bem." (E4,p.7).*

2- ANÁLISE DE TEMAS

Após a conclusão da análise dos domínios culturais, optámos pela análise temática, uma das estratégias de análise proposta por Spradley, através de *imersão nos dados*. Assim, emergiu um tema cultural: *"A autonomia depende da vontade individual"*, surgindo transversalmente a alguns domínios encontrados, que indica a concepção que os enfermeiros têm acerca da autonomia nas suas práticas.

De facto, os enfermeiros são capazes de definir o que é a autonomia nas suas práticas, expressam meios para garantir essa autonomia, dizem trabalhar num clima que facilita o desenvolvimento das suas práticas com autonomia, adoptam um método de trabalho que permite essa mesma autonomia, adoptam comportamentos que são sinónimos de autonomia, expressam o que sentem por ter autonomia nas práticas, descrevem as intervenções que desenvolvem com autonomia, mostram que trabalhar em equipa não é perder autonomia, e sabem identificar o que pode condicionar essa mesma autonomia. Por outro lado, deixam transparecer que esta autonomia é individual e que depende efectivamente de cada um, estando inerente a todo o processo no sentido de assegurar o desenvolvimento da autonomia profissional.

Neste contexto, constatamos a pertinência deste tema emergente que, embora não explícito, está presente em alguns domínios culturais, principalmente no domínio um, que se refere às condições expressas pelos informantes para considerarem a enfermagem uma profissão autónoma, de onde sobressai o facto dos enfermeiros especialistas em ESMO poderem fazer mais ou menos uso da autonomia nas suas práticas, o que implica ter vontade para que isso aconteça. No domínio cultural três referente às formas que os informantes

expressavam desenvolver para garantir a autonomia nas suas práticas, subentende-se que a vontade também está implícita na forma como os enfermeiros especialistas em ESMO podem estar na profissão, o que influenciará a forma como desenvolvem as suas práticas. Isto pressupõe um respeito por princípios ético-deontológicos como veículo para garantir a autonomia. Demonstrar conhecimentos nas práticas perante os outros profissionais, surge também neste domínio como uma garantia da autonomia profissional, o que também envolve que haja vontade para assumir as práticas com segurança no conhecimento que as fundamenta. No domínio cultural seis referente aos comportamentos que os enfermeiros especialistas em ESMO consideram ser sinónimos de autonomia, verifica-se também que a vontade está implícita em todos os seus termos incluídos, mais precisamente para mobilizar a capacidade de negociação na equipa, para solicitar ajuda em caso de dificuldade, para partilhar experiências com outros mais experientes e para respeitar o trabalho em equipa.

No estudo, a autonomia surge também associada à liberdade, em que ter liberdade é um indicador de autonomia. Esta associação existente entre as duas palavras *"autonomia"* e *"liberdade"*, parece-nos importante na medida em que em têm um significado comum, o que na nossa perspectiva, vai ao encontro do que refere Archer et al (1996,p.72) acerca da liberdade humana: "a real liberdade humana só existe, quando se concretiza na vida do dia-a-dia, enquanto cada pessoa normal pensa, exprime-se e decide por si, medindo reflectidamente os riscos das opções e decisões, assumindo as próprias responsabilidades face aos outros membros da comunidade".

Afonso (1996) refere-se a três vertentes diferentes de ver a liberdade: liberdade de processamento, liberdade de opção (ou de escolha) e liberdade de iniciativa. Para a autora, liberdade de processamento surge como uma primeira noção de liberdade e significa a libertação de instintos e paixões, auto-domínio. Considera este tipo de liberdade mais próximo do que é entendido como

liberdade de consciência. A liberdade de opção surge como a liberdade de escolher aquela que é considerada a melhor opção; assim, optar, significa que há liberdade para escolher e quanto menores forem as condicionantes no exercício da escolha, maior a liberdade do homem. A liberdade de opção é considerada um passo prévio às acções que o homem pretende empreender. A liberdade de iniciativa difere da liberdade de opção, na medida em que o homem pode escolher aquilo que considera melhor, mas pode depois não o concretizar. Para isso é necessário que haja *"vontade"* e *"poder"* para o fazer.

A liberdade de iniciativa surge com um significado importante na relação com a autonomia, na medida em que implica a *"vontade"* e o *"poder"*. De facto, a *"vontade"* e o *"poder"* surgem de forma implícita nos relatos dos enfermeiros. Contudo, também parece-nos ter ficado explícito, que embora sobressaia alguma sobreposição de poderes, principalmente dos médicos face aos outros profissionais, também é verdade que não é sentido pelos enfermeiros especialistas em ESMO existir determinação do poder médico. No entanto a *"vontade"*, está inerente a todo o processo de autonomia estudado e pensamos que é até um ponto-chave, no desenvolvimento da autonomia profissional. É conforme diz Afonso (1996,p.12) *"passar do querer para o fazer"*, afirmação que consideramos fundamental para que os enfermeiros desenvolvam a sua autonomia, na medida em que é necessário o desencadear de mecanismos interiores que levem, de facto, os enfermeiros a concretizarem as suas escolhas.

Este tema foi validado pelos informantes chave, através de perguntas de contraste, realizadas após a transcrição da gravação das entrevistas, das quais apresentamos algumas transcrições mais significativas: *"Concordo com este tema todos temos autonomia, mas às vezes podíamos ir um pouco mais além. Neste momento sinto isso, tem mais a ver com nós mesmos, com a nossa vontade individual de querer ser autónomos. Há dias em que tenho vontade e outros não, porque sozinha não posso mudar as coisas. Porquê tomar certas*

atitudes se depois vem outra colega e já não faz assim, e até faz como o médico quer? Não vale a pena aborrecer-me. Por vezes penso assim. Isto tem a ver com o resto do grupo, não passa só pela nossa vontade mas também pela vontade do grupo." (E5,p.20). "Sim, autonomia, cada um tem a que quer, cada um tem a autonomia que quer conforme aquilo que procura. (...) Cada um de nós pode e deve cultivar a sua autonomia na prática. É preciso dar valor, ter vontade de prestar os cuidados interdependentes e autónomos." (E1,p.3,4). "Tenho a noção que às vezes me disperso um bocado, podia estar mais atenta, ter mais iniciativa e não tenho. Eu tenho a noção que podia ser mais profissional. (...) Acho que é uma cobardia da minha parte, porque eu deveria dizer «não, não, desculpe. O senhor não esteve aqui durante o trabalho de parto, então agora sou eu que faço o parto. E eu não faço isso." (E3,p.18,24). "É fazer as coisas por minha própria iniciativa, (...) porque a autonomia nós podemos tê-la quando quisermos." (E2,p.5). "Tens a autonomia toda que tu quiseres." (E4,p.2).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Finalmente, chegou o momento de reflectir sobre os aspectos mais significativos que emergiram da investigação por nós desenvolvida, no sentido de encontrar respostas para o objectivo que sempre nos acompanhou: compreender os significados da autonomia profissional na dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em ESMO

A metodologia adoptada pensamos ter sido adequada, uma vez que o método etnográfico permite estudar as práticas dos enfermeiros em contexto natural e como refere Munhall e Boyd (1993), pode promover a compreensão do significado dos cuidados de saúde e proporcionar conhecimentos que poderão ser úteis à promoção de uma mudança cultural que melhore os sistemas da prática.

Naturalmente este tipo de investigação assume uma natureza qualitativa, fortemente relacionada com o conceito de cultura. Assim, partimos do princípio que os enfermeiros especialistas em ESMO eram detentores de uma cultura profissional e que o local onde desenvolviam o seu trabalho poderia ser percebido como uma sub-cultura. Este foco sob o fenómeno de enfermagem numa perspectiva cultural, *etnoenfermagem*, permitiu-nos aprender com os enfermeiros como constroem as suas práticas e que uso fazem da autonomia profissional na dinâmica que compreende a sua vida quotidiana. Esta abordagem tão próxima das práticas, permitiu-nos principalmente compreender que significados os enfermeiros especialistas em ESMO atribuem à autonomia profissional no contexto das suas práticas e que significado tem essa autonomia na prática. Diríamos ainda, que a metodologia permitiu obter uma compreensão dos fenómenos, utilizando conceitos e linguagem própria desta área de

especialização em enfermagem numa perspectiva *emic*, tal como refere Leininger (1985). Assim, os dados representam aquilo que foi observado, dito, interpretado e organizado a partir dos informantes deste estudo.

Os enfermeiros especialistas em ESMO fazem parte de um passado longínquo e de uma cultura antiga, sobrevivente a muitas transformações próprias de cada época. Hoje, trabalham principalmente em meio hospitalar, articulando-se numa equipa multidisciplinar, em que a permanência de boas relações inter-pessoais constitui uma garantia da sua autonomia profissional. Dada a interdependência das profissões na área da saúde, consideram ser importante o desenvolvimento de estratégias de parceria ou de interligação com as outras profissões, tendo para isso que assumir o seu lugar no contexto da equipa multidisciplinar. No contexto da acção, na sala de partos de um hospital especializado, desenvolvem um papel fundamental na intervenção junto das parturientes e família, com o objectivo de os ajudar a viver o trabalho de parto e parto positivamente.

Relativamente à profissão de enfermagem, os informantes consideram-na autónoma, na medida em que respeita uma linha ou regras de conduta, que demonstra o seu desenvolvimento. Para que a autonomia da profissão tenha expressão, é condição que os enfermeiros façam uso da sua autonomia nas práticas.

Confrontámo-nos com um aspecto curioso do qual não tínhamos percepção, é que falar de autonomia nas práticas é difícil, apesar de ser uma preocupação enraizada. Ter autonomia, é não depender de outros profissionais para tomar decisões, é poder decidir sobre as intervenções de enfermagem. Esta autonomia está directamente ligada à responsabilidade, o que implica uma intervenção mais atenta nas práticas, na medida em que se sentem responsabilizados. Agir com sentido de responsabilidade é considerado um meio para garantir a autonomia nas práticas.

O conceito de autonomia parece assumir especial relevância, quando entendido na área de competências dos enfermeiros especialistas em ESMO, uma vez que consideram ser fundamental saberem qual o limite da sua autonomia; isto é, saberem onde acaba a sua responsabilidade na tomada de decisão e onde começa a responsabilidade de intervenção de outros profissionais. Da mesma forma o conteúdo funcional assume também alguma relevância, na medida em que os ajuda a discernir, até onde podem avançar na sua intervenção de forma autónoma.

Os saberes adquiridos pela experiência na prática surgem como importantes para o desenvolvimento das práticas com autonomia. O conhecimento prático associado ao conhecimento teórico reforça ou ajuda a garantir a autonomia nas práticas, porque proporciona mais segurança e torna-se fundamental para a adopção de determinadas atitudes e comportamentos. O conhecimento é uma estratégia e um veículo para garantir a autonomia, permitindo a obtenção de maior confiança para uma acção autónoma e o reconhecimento de capacidades técnico-científicas, importantes na definição profissional perante os outros profissionais.

A confiança aparece como um elemento essencial para garantir a autonomia nas práticas, confiança que pode ser transmitida aos outros, quer sejam profissionais, quer sejam utentes. É notório, na investigação que desenvolvemos, que existem alguns constrangimentos, por parte dos informantes, pela ausência desta confiança nalguns profissionais médicos. Parece-nos haver uma necessidade de reconhecimento social do exercício profissional, preocupação que vem ao encontro de Carlos (1997), que aponta o reconhecimento social da utilidade e insubstituibilidade da enfermagem como factores importantes para o desenvolvimento da autonomia. Da mesma forma Mendes (1999) também reforça a necessidade dos enfermeiros se assumirem não só pelo conhecimento, mas também pelo profissionalismo, pela responsabilidade e competência naquilo que fazem. Coloca a ênfase na conquista do reconhecimento social e para isso, considera ser necessário

mostrar à sociedade a competência da profissão, através da qualidade dos serviços e até no discurso produzido. Por outro lado, encontramos nos discursos dos enfermeiros, que ter confiança em si próprios, é um aspecto tão importante como o incutir confiança aos outros.

Consideramos estas preocupações legítimas e importantes, uma vez que também já foram estudadas e questionadas por outros, mas com o decorrer do nosso estudo, pensamos se não será legítimo ir um pouco mais além. Isto é, até aqui tem-se questionado muito sobre esta necessidade fundamental de mostrar competência através do conhecimento e obter reconhecimento social, contudo, parece-nos que será também muito importante, o investimento na conquista da própria confiança, no sentido de manter a autonomia no desenvolvimento das práticas. Os enfermeiros especialistas em ESMO, pela sua história que mostra uma intervenção onde a autonomia se destaca no exercício profissional e pela sua formação que lhes possibilita o conhecimento necessário a esse agir autónomo, têm a possibilidade de se demarcar, se mantiverem uma confiança em si mesmos, de tal forma forte, que lhes permita desenvolver as suas práticas com autonomia, o que possibilitará a oferta de uma assistência à sociedade, que será única às pessoas que necessitarem dos seus cuidados.

Aspectos relacionados com a ética e a deontologia profissional podem também influenciar positivamente a autonomia, principalmente no que respeita a determinados comportamentos, como o respeito por princípios que envolvem a maneira de estar na profissão e o carácter profissional.

Sabíamos, à priori, que a cultura organizacional poderia ter um papel fundamental no desenvolvimento da autonomia dos enfermeiros especialistas em ESMO. No estudo que desenvolvemos, demarcou-se pela positiva esta influência da cultura da organização, a qual surge como facilitadora da autonomia. Permite-lhes utilizar a capacidade de decisão, oferecendo um clima

não hostilizador à capacidade que têm para decidir e emitir opiniões no seu contexto de trabalho. Da mesma forma, não é sentido haver subalternização da enfermagem, apesar da existência de alguma sobreposição de poderes dos médicos sobre os outros profissionais, e os enfermeiros sentem ter *"liberdade para agir"*. A organização não impõe um método de trabalho, e os enfermeiros escolhem aquele que consideram facilitar, o desenvolvimento das suas práticas com autonomia.

O método de trabalho escolhido é o individual, por ser facilitador da autonomia nas práticas, na medida em que atribui a responsabilidade dos cuidados relativamente a determinada parturiente, e implicando a tomada de decisão e a responsabilização das decisões que forem tomadas. Por outro lado, sobressai a relação de maior proximidade com a parturiente e família, que é possível desenvolver com este método, confere o poder de controlo sobre as situações, permitindo a implementação de um plano de intervenção próximo das necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem e a tomada de decisões de forma mais conhecedora na equipa multidisciplinar. Este método permite também maior disponibilidade aos enfermeiros para estabelecer uma relação de ajuda com as parturientes, para apoiá-las e obter a sua confiança. Assim, pode contribuir para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, indo ao encontro das preocupações de vários autores como Colliére (1990), Lopes (1995), Neves (2000). Por outro lado, é importante a continuidade de cuidados que o método individual de trabalho permite, havendo um enfermeiro de referência durante a estadia da parturiente na unidade.

Os enfermeiros especialistas em ESMO adoptam comportamentos que são sinónimos de autonomia. Criar condições para que haja um bom entendimento entre os demais profissionais da equipa multidisciplinar, com base na mobilização da capacidade de negociação na equipa, é um exemplo de um desses comportamentos. Da mesma forma, solicitar ajuda em caso de dificuldade, proporciona uma maior segurança. Dentro da equipa

multidisciplinar, é o médico o escolhido, para intervir quando necessitam de apoio em determinadas situações de risco para o bem-estar materno, fetal ou do recém-nascido. Partilhar saberes com outros elementos da equipa considerados mais experientes, é outro comportamento que consideram facilitar a autonomia, na medida em que valorizar essa experiência, permite tomar decisões com maior tranquilidade. Assim, trabalhar em equipa, respeitando os saberes e competências de cada um dos intervenientes, é sinónimo de autonomia.

Constatámos que, ter autonomia no desenvolvimento das práticas, traduz-se em resultados pessoais com implicações ligadas à forma como os enfermeiros especialistas em ESMO desenvolvem o seu trabalho. A satisfação profissional, surge pelo facto de sentirem, que podem agir de acordo com os ideais que têm, relativamente ao seu exercício profissional. Da mesma forma, fica o sentimento de um trabalho compensado, pelo sucesso alcançado, o prazer, a motivação para trabalhar e ultrapassar as situações difíceis e desmotivadoras. Principalmente, surge uma vontade maior para respeitar o compromisso profissional que têm com a organização, promovendo a imagem institucional, ao mesmo tempo que promovem a satisfação das pessoas que utilizam os serviços. De facto, expressam ficar num estado, em que se identificam com a organização e suas metas e desejam manter-se ligados à mesma, tal como Robbins (1998) se refere ao compromisso organizacional. Parece-nos que a autonomia leva efectivamente a este caminho. Estes dados, leva-nos a concluir que é importante para os enfermeiros especialistas em ESMO ter autonomia, mas também parece ser importante para a organização que isso aconteça, uma vez que pode obter um envolvimento maior dos enfermeiros e em consequência disso obter ganhos superiores em produtividade e qualidade.

No quotidiano de uma sala de partos de um hospital especializado, desenvolvem-se múltiplas práticas, que se enlaçam na parturiente, feto/recém-nascido, família. Para além das actividades rotineiras do dia-a-dia, os

enfermeiros especialistas em ESMO desenvolvem um leque de intervenções autónomas e inter-dependentes, que vão ao encontro daquela que é a sua área de intervenção mínima, regulamentada pela Directiva Comunitária 80/155/CEE de 21 de Janeiro. Esta foi uma das preocupações que nos conduziu ao estudo que desenvolvemos, pela sensação de que havia contrariedades relativamente ao desenvolvimento das suas práticas com autonomia, mesmo tendo esta Directiva como garantia. Tendo em conta a investigação que desenvolvemos, consideramos oportuno, relacionar estas actividades legisladas e regulamentadas na referida Directiva, com as verdadeiras práticas que os enfermeiros especialistas em ESMO desenvolvem com autonomia.

A preparação para o parto é uma das intervenções autónomas em que admitem poder ser mais assumida e onde deveria haver mais investimento, no sentido de melhorar as práticas. Apesar de reconhecerem a sua importância, alegam existir razões para que tal não aconteça. As condições físicas do serviço são uma das razões apontadas, pela falta de espaço, assim como o excesso de trabalho que origina a falta de tempo e a falta de paciência, para desenvolver esta preparação do casal. As consultas pré-natais, são consideradas o local e o momento adequado, para que esta preparação seja feita, uma vez que a preparação do casal deve iniciar-se precocemente, para que o casal chegue à sala de partos já preparado o suficiente para enfrentar melhor o processo de nascimento do filho. Contudo, desenvolvem com autonomia, algumas formas de preparar o casal para o parto. Conhecer previamente os conhecimentos e a preparação do casal, ajuda-os a planear intervenções de enfermagem adequadas, de forma a prepará-los o melhor possível para a vivência dos acontecimentos inerentes ao nascimento e a ultrapassar dificuldades que possam surgir. Esta preparação consta essencialmente, de explicações e orientações contínuas sobre o que vai acontecer durante a evolução do trabalho de parto, assim como a orientação para alguns comportamentos. Por outro lado, explicar sobre a finalidade de alguns procedimentos e sobre o funcionamento de alguns equipamentos, à medida que o processo de trabalho

de parto vai decorrendo, diminui a ansiedade do casal e dissipa alguns medos. Para além disto, é também prática comum, a preparação da parturiente ou casal para colaborar, quer seja na forma de respirar no momento das contracções, quer seja na forma correcta de fazer força quando oportuno. Tudo isto são formas de preparar o casal na sala de partos, que os enfermeiros especialistas em ESMO desenvolvem com autonomia, no sentido de prepará-los da melhor forma para vivenciar esta nova fase da sua vida.

A assistência durante o trabalho de parto é desenvolvida com autonomia, na perspectiva dos informantes. Nesta assistência, consideram importante avaliar as necessidades da parturiente, principalmente no que diz respeito à analgesia. Alguns enfermeiros tomam a iniciativa de medicar a parturiente, caso não exista prescrição e comunicam depois ao obstetra que prescreve à posteriori. Sabem que não é um acto de enfermagem, mas assumem essa iniciativa. Controlam o ritmo da dosagem contínua da oxitocina, de acordo com a evolução do mesmo, ou para estimular contracção uterina (oxitocina, methergin) após o parto. A avaliação da dinâmica uterina é também uma intervenção que desenvolvem com autonomia, durante o trabalho de parto, e quando oportuno decidem fazer rotura artificial de membranas.

A vigilância do estado do feto in-útero, também é assegurada com autonomia pelos enfermeiros especialistas em ESMO, através dos meios clínicos e técnicos apropriados. O registo carditotocográfico é o meio que têm ao dispor para fazer essa vigilância, avaliando o bem-estar fetal através da variabilidade do registo. Da mesma forma, avaliam a progressão da apresentação e a compatibilidade feto-pélvica, no sentido de prever se será parto intervencionado ou não. Avaliam também a variedade da apresentação e a posição fetal. Esta vigilância é partilhada com os médicos obstetras, e nesta colaboração, é prática comum o médico obstetra também observar as parturientes, principalmente em situações: em que já tinham observado anteriormente, para terem uma noção mais exacta de como está a evolução, para que também estejam a par da

evolução do trabalho de parto, para validar a observação que os enfermeiros fizeram, principalmente em caso de dúvidas, e para decidir se é necessário alguma intervenção. Esta colaboração não coloca em risco a sua autonomia, na medida em que a entendem como um trabalho de equipa necessário.

Os partos eutócicos de apresentação cefálica são da plena responsabilidade dos enfermeiros especialistas em ESMO, neste contexto hospitalar, assumindo ao longo de todo o processo intervenções que desenvolvem com autonomia as quais incidem desde: o posicionamento da parturiente para a expulsão fetal; o envolvimento do casal no parto incentivando a colaboração; a decisão de fazer episiotomia; a laqueação e corte do cordão umbilical; a dequitadura e a decisão de como fazer episiorrafia. Habitualmente também dão apoio a quem realiza o parto, quer este seja eutócico ou distócico, quer seja realizado pelo enfermeiro, quer seja realizado pelo médico. Da mesma forma são apoiados pelo médico obstetra na realização do parto, tendo em conta factores de ordem organizacional, como lotação máxima do serviço e carência de enfermeiros no serviço. Mais uma vez se nota a colaboração dentro da equipa multidisciplinar, onde a articulação entre enfermeiros e médicos é notória, aspecto fundamental para o sucesso das intervenções que a equipa desenvolve e para a qualidade dos cuidados que oferece aos seus utentes.

Estes aspectos referidos acima, parecem-nos importantes, no sentido em que vêm ao encontro do que referem Bueno e Queiroz (2003), que a autonomia dos profissionais, de certa forma, pode ficar comprometida, em momentos em que se sobrepõem diversas práticas. Neste contexto, consideramos que existe uma colaboração entre equipas e não um exercício de poderes relativamente à realização do parto eutócico. Se tivermos em linha de conta, Lopes (1995), concordamos que o parto normal ocorre num espaço comum de intervenção, ou seja, numa zona de incerteza e imprevisibilidade, em que o domínio da actividade não está padronizado. Verificámos que não existem conflitos pelo domínio da realização do parto normal, mas sim um trabalho em equipa que

permite garantir a qualidade dos cuidados oferecidos, o que estruturalmente é importante para consolidar a visibilidade social da profissão de enfermagem e a autonomia profissional dos enfermeiros especialistas em ESMO.

A autonomia no desenvolvimento de intervenções respeitantes à assistência ao recém-nascido começa antes dele nascer. Os informantes expressam que têm autonomia, para assegurar as condições necessárias ao acolhimento do recém-nascido num ambiente favorável, à sua adaptação à vida extra-uterina. A maneira como mostraram acolher o recém-nascido não foi com base somente em planos, métodos e sistemas, como diz Usuelli (1989), mas mostraram também respeito pelas emoções que provoca uma nova vida e interpretaram esse sentimento no casal, criando um ambiente onde este envolvimento emotivo do parto, pôde ser exprimido livremente pela mãe e pai, permitindo que surgissem os laços que ligam os seres humanos entre si, no seio da família e na sociedade. Expressam, entretanto, que têm pouca autonomia na assistência ao recém-nascido, a qual se prende pela dificuldade em desenvolver intervenções, para as quais sentem ter conhecimentos e preparação, devido à constante intervenção do pediatra, a qual consideram oportuna apenas em situações de risco ou presença de complicações. Assim, o exame ao recém-nascido, que é uma das actividades referidas, descrita na Directiva Comunitária, é pouco assegurado pelos enfermeiros especialistas em ESMO nesta unidade de cuidados. Por outro lado, verificamos existir uma colaboração na equipa entre enfermeiros e médicos pediatras, em situações emergentes. Contudo, a falta de experiência relativamente à reanimação imediata do recém-nascido aumenta-lhes a insegurança, comprometendo um agir autónomo.

No decurso da nossa investigação, os enfermeiros especialistas em ESMO, por vezes confundiam-se com os médicos, uma vez que aos olhares superficiais, pareciam fazer quase tudo, aquilo que eles fazem. Chegámos a supor, que não havia investimento naquelas intervenções que se podem tornar únicas aos

olhos das pessoas de quem cuidam. Mas, constatámos que no seu discurso, valorizam práticas que consideram significativas, que contrariaram esta nossa perspectiva. Para além de valorizarem intervenções de cariz técnico que constam nas actividades descritas na Directiva, que não querem deixar de as desenvolver com autonomia, os enfermeiros valorizam muito mais do que aquilo que a Directiva descreve, mostrando um universo de cuidados de carácter relacional que são exclusivamente do seu domínio.

Mostraram que cuidam da parturiente de uma forma que traduz uma perspectiva humanista do cuidar, sem normas prefixadas valorizando a sua expressão individual. Existe uma preocupação em assistir a mulher de uma forma personalizada, respeitando a sua individualidade como pessoa, as suas vivências anteriores, valorizando as suas queixas, ajudando-a a ultrapassar as situações inerentes ao trabalho de parto e parto que podem condicionar o seu bem-estar e o do filho. A relação de ajuda também surge como fundamental na assistência à parturiente/casal/família, onde os enfermeiros especialistas em ESMO se tornam insubstituíveis, essencial para criar uma base sólida na relação enfermeiro/cliente/família. Há respeito por espaços de privacidade e intimidade entre o casal, havendo um esforço na promoção de um ambiente acolhedor e provedor de bem-estar, assim como se evidencia o elo de ligação que procuram ser, entre todos os outros profissionais, procurando ser um ponto de referência constante. Da mesma forma, mostram a sua presença e envolvimento no decurso do trabalho de parto, fazendo com que as pessoas de quem cuidam se sintam acompanhadas.

Da análise, é notório que os enfermeiros especialistas em ESMO que fazem parte do estudo possuem aspectos culturais próprios, pela forma como atribuem significados às suas práticas, como vivem as experiências no que respeita ao domínio do seu campo de intervenção, como mostram dinamizar o seu trabalho de forma a garantir a autonomia nas suas práticas. A concepção que têm acerca da autonomia nas suas práticas, deixa transparecer que a cultura

individual se reflecte na cultura do grupo, implícito no tema cultural que emergiu dos dados: *Autonomia depende da vontade individual*. Daqui apreendemos que o exercício da autonomia nas práticas é individual e depende efectivamente da vontade de cada um, mas a vontade colectiva também é um factor importante para gerar mudança.

A *"vontade"* surge assim, inerente ao processo de autonomia estudado e consideramos que é um ponto-chave importante, no desenvolvimento da autonomia profissional. Passar do querer para o fazer, tal como diz Afonso (1996), tem no nosso ponto de vista, mais implicações sobre a autonomia do que pensávamos. Destacamos a importância que tem no discurso dos enfermeiros especialistas em ESMO, o assumir das actividades inerentes ao seu conteúdo profissional, tendo em conta a capacidade que revelaram ter para ultrapassar obstáculos desenvolvendo múltiplas estratégias de forma a conseguir prosseguir nos seus objectivos, sempre procurando um agir responsável, fundamentado no conhecimento, rumo a um desenvolvimento das práticas com autonomia. Como Mendes (1999) deixa antever, a autonomia exige maior responsabilidade, mas também exige um empenhamento capaz de conduzir ao seu reconhecimento por parte de outros grupos profissionais e da sociedade em geral.

Pensamos que este estudo constitui um contributo para ajudar a identificar as posições que os enfermeiros especialistas em ESMO assumem nas práticas e nesse sentido, compreender as relações que estabelecem com os outros no sentido de desenvolverem as práticas com autonomia, o que irá incondicionalmente caminhar para a qualidade dos cuidados, assim como para o reconhecimento social da sua insubstituibilidade. Consideramos também, que a divulgação do estudo poderá ajudar a fomentar melhor a reflexão que já foi iniciada e abrir caminhos para novos pontos de vista. Face ao exposto, estamos convicta, de que este contributo, mostrando a importância que tem o desenvolvimento de estratégias para garantir a autonomia nas práticas, será

uma forma positiva, de influenciar o modo como os enfermeiros especialistas em ESMO estão na profissão.

Acreditamos que este estudo também poderá contribuir para a formação de novos enfermeiros especialistas em ESMO, tendo em conta que a formação para a autonomia é uma dimensão fundamental na formação em enfermagem. Para além de haver uma apropriação de conhecimentos, é fundamental que aprendam a convertê-los de modo a serem capazes de os utilizar com flexibilidade. Contribuir para a autonomia é também ajudar a reflectir sobre as práticas, é proporcionar momentos de "pensar sobre o que fazem", em que as situações portadoras de significado que fazem parte deste estudo constituem o suporte e são o vector para que isto aconteça.

É importante que haja continuidade no estudo, principalmente porque os enfermeiros especialistas em ESMO não trabalham só nas Salas de Partos de hospitais especializados. Conhecer de perto diferentes contextos culturais é fundamental, para permitir uma reflexão mais profunda e concisa sobre o verdadeiro *"significado da autonomia"* neste grupo de enfermeiros especialistas. Por outro lado, pensamos que é importante dirigir mais o objectivo do estudo e procurar também conhecer concretamente, de que dependerá a vontade individual de ter autonomia. Apesar do estudo ter sido desenvolvido com enfermeiros especialistas, pensamos que é possível estender as conclusões a todos os enfermeiros e validar com eles as preocupações que surgiram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson – **Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros.** Lisboa: Educa, 2001, ISBN: 972-8485-21-2.

ABDELMALEK, Ali; GÉRARD, Jean-Louis – **Ciências Humanas e Cuidados de Saúde.** Lisboa: Instituto Piaget, 1995, ISBN: 972-771-060-3.

AFONSO, Esmeralda – **Consciência Moral e Liberdade.** Lisboa: s.e., 1996, (Trabalho desenvolvido na disciplina de Ética e Deontologia, Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa).

Alguns dados sobre os enfermeiros Portugueses. *Ordem dos Enfermeiros.* Nº 1, Novembro, (2000), p.50-58.

AMENDOEIRA, José – **O Estatuto dos Cuidados de Enfermagem.** *Pensar Enfermagem.* vol.2 , Nº2, 2º semestre, (1998), p.18-22.

ANDRADE, Ermelinda – **As Enfermeiras Obstetras e a União Europeia – O Comité Consultivo para a Formação das Enfermeiras Obstetras.** *Referência*, Nº 1, Setembro, (1998), p.75-76.

ANTUNES, Maria Teresa et al – **Estudo/Proposta sobre Especializações em Enfermagem.** *Servir*, Vol.31, Nº3, Maio-Junho, (1983), p.134-140.

ARAÚJO,Joaquim et al –**O Hospital Português.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

ARCHER, Luis et al – **Bioética.** Lisboa: Editorial Verbo, 1996, ISBN: 972-22-1719-4.

BASTO, Marta – **Da Intenção de Mudar à Mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras.** Porto: Rei dos Livros, 1998, ISBN: 972-51-0760-8.

BASTO, Marta – **Consequências para a enfermagem das mudanças na sociedade.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.9, Nº1, Jan-Mar, (1991), p.23-26.

BARROS, Maria Antonieta et al – **O cuidar de ontem e de hoje.** *Nursing*, Nº 111, Maio, (1997), Ano 10, p.8-13.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – **Princípios de Ética Biomédica.** 4ª ed., Barcelona: Masson, 1999, ISBN: 84-458-0480-4.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001, ISBN: 972-8535-97-X.

BERNOUX, Philippe – **A Sociologia das Organizações.** 3ª ed., Porto: Rés-Editora, s.d.

BOAVISTA, Anabela – **O Enfermeiro Especialista: O saber e o fazer.** *Informar*, Nº 0, Jan-Mar, (1995), p.24-28.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sarik – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora. 1994. ISBN 972-0-34112-2.

BUENO, Flora; QUEIROZ, Marcos (10/03/03)– **A construção da Autonomia Profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar.** <Unicamp.http:www.espacorealmedico.com>, (12/01/04).

CARNEIRO, Marinha – **Saúde Materna e Obstétrica: O percurso profissional.** *Nursing*, Nº93, Outubro, (1995), p.9-15.

CARLOS, Matilde – **Cuidar em Enfermagem: uma dimensão de futuro.** *Sinais Vitais*, Nº11, Março, (1997), p.42-45, ISBN:0872-8844.

CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e Poderes no Hospital.** Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CASTRO, Cidália; CORDEIRO, Célia – **Saber escutar para saber cuidar.** *Nursing*, Nº162, Janeiro, (2002), p.20-22.

CATARINO, Helena et al – **Enfermagem, Profissão autónoma.** *Servir*, Vol.41, Nº1, Jan-Fev, (1993), p.11-15.

CECCATO, Sílvia; SAND, Isabel (10/04/01)– **O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares.** *Revista electrónica de Enfermagem (online)*, Goiânia, Vol.3, Nº1, Jan-Jun, <http://www.fen.ufg.br/revista4/cuidado.html>, p.1-14, (12/02/03).

CHIAVENATO, Idalberto – **Teoria Geral de Administração.** 3ª ed., S.Paulo: McGraw-Hill, Vol.2, 1987.

CHIAVENATO, Idalberto – **Administração de Recursos Humanos.** 2ª ed., Vol.1, S. Paulo: Atlas, 1987.

Código Deontológico do Enfermeiro. (Capítulo VI – Secção II do Estatuto da Ordem, publicado em Anexo ao Dec. Lei 104/98, de 21 de Abril). *Ordem dos Enfermeiros*, Nº3, Junho, (2001), p.18-20.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Autonomia da Profissão de Enfermagem.** *Boletim Sindical SEP*, Nº 3 e 4, Maio-Agosto, (1990), p.43-50.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar...A primeira arte da vida.** 2ª ed., Loures: Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-53-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida.** 2ª ed., Lisboa : Lidel, 1999, ISBN : 972-757-109-3.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Comité Consultivo para a Formação das Parteiras – **Relatório e Recomendações Relativos às Parteiras e à Investigação.** Bruxelas, 1992.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – **Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.** Bruxelas, 2002.

COMISSÃO EUROPEIA, COMITÉ CONSULTIVO PARA A FORMAÇÃO NO DOMÍNIO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – **Projecto de relatório e recomendação sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na União Europeia.** Bruxelas, 1997.

COMUNIDADE ECONÓMICA EUROPEIA, Directiva 80/154/CEE. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, nº L 33/1 (11-01-1980) – **Reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de parteira e que inclui medidas destinadas a facilitar o exercício efectivo do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços.**

COMUNIDADE ECONÓMICA EUROPEIA, Directiva 80/155/CEE. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, nº L 33/8 (21-01-1980) – **Coordenação das disposições legislativas, regulamentadas e administrativas relativas ao acesso às actividades de parteira e ao seu exercício.**

COMUNIDADE ECONÓMICA EUROPEIA, Directiva 89/594/CEE. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, nº L 341/28 (23-11-1989) – **Alteração à Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro.**

CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Especialidades em Enfermagem.** *Ordem dos Enfermeiros*, Nº4, Outubro, (2001), p.18-28.

COSTA, João – **A Organização Paradoxal. Clima e Cultura.** Coimbra: s.e., 1999, (Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências Empresariais).

COSTA, Maria Arminda – **Novos Desafios para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem.** *Servir*, vol.48, Nº1, Janeiro-Fevereiro, (2000), p.12-18.

COULON, Alain – **Etnometodologia e Educação.** Petrópolis: Vozes, 1995, IBSN: 85-326-1394-2.

Decreto-Lei nº 170/2003. DR I Série. 176 (03-08-01) 4532-4534 (Transpõe para o direito interno português as Directivas 80/154/CEE e 80/155/CEE, relativas ao reconhecimento mútuo de diplomas, certificados e outros títulos de parteiras e à coordenação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à correspondente actividade profissional).

DUARTE, Alzira – **Construção e Análise Confirmatória de um Modelo Organizacional de Congruência Cultural.** Lisboa: s.e., 1996, (Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e das Organizações).

DUBAR, Claude; TRIPIER, Pierre – **Sociologie des Professions.** Paris: Armand colin, 1998, ISBN: 2-200-01689-1.

DUBAR, Claude – **A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais.** Porto: Porto Editora, 1997, ISBN: 972-0-34124-6.

ELLIS, Janice; HARTLEY, Celia – **Enfermagem Contemporânea. Desafios, Questões e Tendências.** 5ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1998, ISBN: 85-7307-385-3.

FRANCO, João – **As actividades do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: contributos para o desenvolvimento curricular.** Coimbra: s.e., 2001, (Trabalho apresentado em concurso de provas públicas para a categoria de Professor- Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto em Coimbra).

FRANCO, João – **Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.** *Sinais Vitais*, Nº17, Março, (1998), p.37-38, ISSN: 0872-8844.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria – **Princípios de Administração para Enfermeiros.** Coimbra: Formasau, 1999, ISBN 972-8485-09-3.

FRIEDBERG, Erhard - **O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada.** Lisboa: Instituto Piaget, 1995, ISBN: 972-8245-02-5.

FOUCAULT, Michel – **Microfísica do Poder.** 8ª ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

GERMAIN, CAROL – **Ethnography: The Method.** IN: MUNHALL, Patrícia; BOYD, Carolyn – **Nursing research: a qualitative perspective.** 2ª ed., New York: National League for Nursing Press, 1993, ISBN 0-88737-590-1.

GIL, António – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 2ª ed., São Paulo: Atlas, 1989, ISBN: 85-224-0489-5.

GOETZ, J.P.; LeCOMPTE, M. D – **Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa.** Madrid: Ediciones Morata, 1988, ISBN: 84-7112-320-7.

GOLDIM, José (09/11/02) – **Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia.** <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/autonomi.htm>, (24/2/04).

GOMES, Duarte – **Cultura Organizacional – Comunicação e Identidade.** Coimbra: Quarteto, 2000, ISBN: 972-8535-39-2.

GONÇALVES, Rogério – **A enfermagem amanhã.** *Nursing*, nº77, Junho, (1994), p.8-10.

GRAÇA, Luis – **O Trabalho em Equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.10, nº1, Janeiro-Março, (1992), (p.5-18.*

HAMMERSLEY, Martyn; ATKINSON, Paul – **Etnografia. Métodos de investigación.** Barcelona: Paidós, 1994, ISBN: 84-493-0012-6.

HASELAGER, W. (Pim) (09/11/02) – **Auto-organização e autonomia: podemos mudar a ordem global?** <http://www.nici.kun.nl/~haselag/port/talks/autonomia.html>, (12/02/04).

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures: Lusociência, 2000, ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar.** Loures: Lusociência, 2001,ISBN: 972-8383-20-7.

HOFSTEDE, Geert. – **Culturas e Organizações. Compreender ano ssa programação mental.** Lisboa: Edições Sílabo, 1997.

KÉROUAC, Suzanne et al – **La pensée infirmière. Conceptions et stratégies.** Québec: Editions Maloine, 1994, ISBN: 2-7607-0584-6.

KIRKHAM, Mavis – **Midwives`support needs as chilbirth changes.** *Journal of Advanced Nursing*, vol.32, nº 2, (2000), p.465-472.

KURCGANT, Paulina – **As teorias de administração e os serviços de enfermagem.** IN: Kurcgant, Paulina et al – **Administração em Enfermagem.** S.Paulo: E.P.U., 1991, ISBN: 85-12-12470-9.

LAKATOS, Eva – **Sociologia da Administração.** S. Paulo: Atlas, 1997, ISBN: 85-224-1637-0.

LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda.** Lisboa: Lusodidacta, 1994, ISBN: 972-95399-5-2.

LEININGER, Madeleine (02/11/00)– **What is transcultural nursing?** <http://www.tcns.org/guest/introduction/tcnursing.htm>, 12/02/03).

LEININGER, Madeleine – **Qualitative Research Methods in Nursing.** New York, 1985.

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial.** *Enfermagem*, Nº10(2ª série), Abril-Junho, (1998), p.32-36.

LESSARD-HEBERT, Michelle et al – **Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas.** Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

LOPES, Noémia – **Que Poderes em Enfermagem.** *Enfermagem em Foco* – SEP, Ano V, Dezembro, (1995), p.10-11.

LOPES, Maria dos Anjos – **O objecto da Disciplina de Enfermagem.** *Pensar Enfermagem*, Vol.1, Nº2, 1º Semestre, (1998), p.24-28.

LOPES, Maria; PIRES, Mégre – **Ser Enfermeiro Especialista, Papel Transitório?**. *Pensar Enfermagem*, Vol.4, Nº2, 2º Semestre, (2000), p.48-54.

LOPES, Noémia – **Recomposição Profissional da Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001, ISBN: 972-8717-17-2.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli – **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas.** S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MAYEROFF, Milton – **On caring.** New york: Harper Perennial, 1990.

MARSHALL, Zoe; LUFFINGHAM, Nikki – **O Enfermeiro especialista versus generalista.** *Nursing*, Ano 11, Nº132, Abril, (1999), p.18-23.

MASSAROLLO, Maria Cristina – **Estrutura Organizacional e os serviços de enfermagem**. IN: KURCGANT, Paulina et al – **Administração em Enfermagem.** S. Paulo: E.P.U., 1991, ISBN 85-12-12470-9.

MEDEIROS, Giane (09/11/02) – **Por uma Ética na Saúde: Algumas Reflexões Sobre a Ética e o Ser Ético na Atuação do Psicólogo.** <http://www.polorg.br/revista/arquivo/2002/22_1/artigo06.cfm>, (11/01/03).

MENDES, Mário (Org.) – **Curso de Obstetrícia.** Coimbra: Livraria Almedina, 1993.

MENDES, António – **Que Autonomia?** *Nursing*, Nº130, Fevereiro, (1999), p.39-40.

MILLION-LAJOINIE, Marie-Madeleine – **Sciences humaines et soins infirmiers : Interaction soignant/soigné.** Paris : Éditions Lamarre, 1994, ISBN 2-85030-195-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Doentes – direitos e deveres.** Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010.** Lisboa, Fevereiro, 2004.

MORAGA, Manuel – **La pratique dês soins à l'ause de l'an 2000.** *Soins Infirmiers*, Fevereiro, (1998), p.66-68.

MORAGA, Manuel – **Cuidad: promover la calidad de vida.** Lisboa: Departamento de Recursos Humanos, 1992.

MUNHALL, Patrícia; BOYD, Carolyn – **Nursing research: A qualitative perspective.** 2ª ed., New York: National League for Nursing Press, 1993, ISBN: 0-88737-590-1.

NEVES, José – **Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos.** Lisboa: Editora RH, 2000, ISBN: 972-96897-3-3.

NEVES, Maria da Ajuda – **A tomada de Decisão em Enfermagem.** *Pensar Enfermagem*, Vol.6, Nº2, 2º semestre, (2002), p.25-35.

NEVES, António – **Enfermagem – Poder e Constrangimentos.** *Sinais Vitais*, Nº32, Setembro, (2000), p.13-15, ISSN: 0872-8844.

NOLAN, Mike et al – **Desenvolvimento de uma tipologia de cuidados familiares: Implicações nos enfermeiros e outros prestadores de serviços.** (Trad.) – *Journal of Advanced Nursing*, Nº21, (1995), p.256-265.

NUNES, Lucília – **Um olhar sobre o ombro.** Loures: Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-30-4.

NUNES, Lucília – **Direitos Humanos e necessidades em cuidados.** *Ordem dos Enfermeiros*, Nº4, Outubro, (2001), p.14-17.

NUTTAL, Peggy – **Essência e história da enfermagem.** *Nursing*, Ano 6, Nº70, , Novembro, (1993), p.26-28.

OMS – **Les soins infirmiers au-delà de l'horizon 2000.** Genève : OMS, 1994. (Sèrie de rapports techniques).

OMS – **Les services infirmiers des collectivités.** Genève : OMS, 1974. (Sèrie de rapports techniques).

OMS - **Declaração de Munique.** *Ordem dos Enfermeiros*, Nº0, Julho, (2000).

OMS – **Pour une formation mieux adaptée des professionnels de la santé.** Genève : OMS, 1993. (Sèrie de rapports techniques).

OMS – **La pratique infirmière.** Genève : OMS, 1996. (Sèrie de rapports techniques).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2001.

PALMA, Ana – **Cuidar e Tratar. Valorização atribuída por enfermeiros em dois contextos da prática de cuidados em meio hospitalar.** Lisboa: s.e., 1995, (Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem).

PARREIRA, Mª Vitória – **A investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica.** *Revista Investigação em Enfermagem.* ISSN:0874-7695, Nº2, Agosto, (2000), p.39-48.

PARREIRA, Maria Vitória – **Práticas Cuidativas em Saúde Materna. Significados para as enfermeiras e utentes.** Lisboa: s.e., 1995, (Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências de enfermagem).

PETITAT, André – **Les Infirmières : de la vocation à la profession.** Montréal : Boréal, 1989, ISBN: 2-89052-252-0.

RAATIKAINEN, RN DPolsci – **Values and ethical principles in nursing.** *Journal of Advanced Nursing*, Nº14, (1989), p.92-96.

REBELO, Teresa – **Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos?** *Enfermagem*, Nº10 (2ª série), (1997), p.14-19.

RIBEIRO, Lisete – **Ser Enfermeira. Uma Visita à Geração de 60.** *Servir*, Vol.41, Nº1, Janeiro-Fevereiro, (1993), p.37-40.

ROACH, Simone – **The Human Act of Caring. A blue print for health professions.** Ontário: Canadian Hospital Association Press, Ottawa, 1995.

RODRIGUES, Maria de Lurdes – **Sociologia das Profissões.** Oeiras: Celta Editora, 1997, ISBN:972-8027-84-2.

ROSA, Luís – **Cultura Empresarial: Motivação e Liderança.** Lisboa: Editorial Presença, 1994, ISBN: 972-23-1843-8.

SALGUEIRO, Ana – **A enfermagem amanhã.** *Nursing*, Nº77, Junho, (1994), p.8-10.

SALVAGE, Jane – **Enfermagem: uma perspectiva europeia.** *Nursing*, Ano 6, Nº69, , Outubro, (1993), p.14-15.

SANTOS, Olga; VIEIRA, José – **Importância atribuída pelas utentes à articulação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica.** *Servir*, Vol.46, Nº 3, Maio-Junho, (1998), p.114-121.

SANTOS, Maria Isabel – **A enfermagem no futuro.** *Nursing*, Ano 4, Nº44, Setembro, (1991), p.6-7.

SARDO, Dolores – **(Re) Pensar a Enfermagem Obstétrica. Realidades e desafios num virar de século.** *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, Nº1, (1998), p.30-35.

SARDO, Dolores; SOUSA, Paula – **Enfermeiros Obstetras...Que autonomia?**. *Sinais Vitais.* ISSN: 0872-8844, Nº26, Setembro, (1999), p.15-16.

SARDO, Dolores; SOUSA, Paula – **Autonomia e responsabilidade.** *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, Nº2, (2000), p.8-9.

SERRA, Anabela – **Interdisciplinaridade, valores e autonomia (I Parte).** *Nursing*, Ano 14, Nº169, Setembro, (2002), p.22-25.

SILVA, Isabel – **O fio condutor.** *Sinais Vitais.* ISSN: 0872-8844, Nº31, Julho, (2000), p.17-20.

SOARES, Maria Isabel – **Da Blusa de Brim à Touca Branca.** Lisboa: Educa, 1997, ISBN: 972-8036-14-0.

SOUSA et al – **A visão em desenvolvimento infantil.** Lisboa: Fundação Nossa Srª do Bom Sucesso, 2000, ISBN: 972-98625-1-6.

SPRADLEY, James – **The etnographic interview.** New York: Holt Renehart and Winston, 1979, ISBN 0-03-044496-9.

SPRADLEY, James – **Participant Observation.** New York: Holt Rinehart and Winston, 1980, ISBN 0-03-044501-9.

STONER, James; FREEMAN, R. – **Administração.** 5ª ed., Rio de Janeiro: Editora Prentice Hall do Brasil Ltda, 1995, ISBN 85-705-4054-x.

SWANSON, Kristen – **Empirical development of a midle range theory of caring.** *Nursing Research*, Vol. 40, Nº3, Maio-Junho, (1991), p.161-166.

TAYLOR, S.; BOGDAN, R. – **Introducción a los métodos cualitativos de investigación.** Barcelona: Paidós, 1996, ISBN: 84-7509-816-9.

THÉVENET, Maurice – **Cultura de Empresa: Auditoria e Mudança.** Lisboa: Monitor, 1997, ISBN: 972-952-78-5-7.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de Enfermagem.** Loures: Lusociência, 1999, ISBN: 972-8383-33-9.

WATSON, Jean – **Nursing: Human Science and Human Care, a theory of Nursing.** National League For Nursing, USA, 1988.

WHELTON, Joanne – **O sistema de cuidados de saúde obstétricos.** *Nursing*, Ano 4, Nº37, Fevereiro, (1991), p.14-17.

VALA, Jorge et al – **Psicologia Social das Organizações: Estudos em Empresas Portuguesas.** 2ª ed., Oeiras: Celta Editora, 1995, ISBN: 972-8027-33-8.

USUELLI, Luigia – **Ser Enfemeiro Obstétra: O sentido de uma presença.** *Servir*, Vol.37, Nº3, Maio-Junho, (1989), p.174-177.

ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca – **Enfermagem Obstétrica.** 8ª ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1985, ISBN 85-201-0244-1.