Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Representação dos Conceitos Centrais da Enfermagem

– num contexto da Saúde Materna e Obstetrícia –

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto
2003

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Representação dos conceitos centrais da Enfermagem

- num contexto da Saúde Materna e Obstetrícia -

Tese de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, sob a Orientação da Professor Doutor Abel Avelino Paiva e Silva

Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Porto, Junho de 2003

Só um espírito que se interroga é capaz de aprender...

J. Kris Hanamurti

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Abel Paiva por nos ter acompanhado neste percurso e pelo o que nos ensinou.

À Professora Doutora Amy Coenen e Professor Doutor William Goossen pelas discussões sobre esta investigação.

Às Sr.as Enfermeiras Maria José Rigaud`Abreu e Margarida Filipe pela disponibilidade.

Aos colegas da Escola Superior de Enfermagem de São João em geral e da Unidade de Investigação em Sistemas de Informação em Enfermagem em particular, pelo apoio e pela contribuição através das discussões sobre o tema que enforma o objecto do estudo.

Às enfermeiras das unidades de cuidados envolvidas, parte integrante da equipa de investigação e do trabalho: muito obrigada.

Aos amigos: Alice, Ana Leonor, Ana Rosa, Paulino e Paulo - pela ajuda e pelo "*manter a crença*".

Aos meus amigos do VIII Mestrado: Anabela, Augusta, Maria José, Paulo e Teresa, pela partilha.

À Fernanda Neves Cardoso, Cândida Kock e Paula Prata pela ajuda.

Aos que viveram connosco os nossos momentos de angústia, em particular: João e Rodrigo.

Aos meus pais, por tudo.

À Teresa e família, por me substituir sempre que foi preciso.

Utilização da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®[1]) com conhecimento do Conselho Internacional de Enfermeiros.

[1] Todos os direitos, incluindo a tradução noutras línguas, reservados.

Resumo

O desenvolvimento do corpo de conhecimentos específico de Enfermagem e a sua organização numa estrutura classificativa de matriz coerente constituem, hoje, para os enfermeiros, uma necessidade incontornável. Importa, por isso, que cada conceito de Enfermagem seja confrontado com a prática dos enfermeiros, validando, por esta via, a sua designação, a sua definição e, ainda, as características que o definem. Deste modo, dar-se-á continuidade a um ciclo de discussão tendente ao refinamento de cada um daqueles conceitos, bem como, dos termos e das definições que os explicitam. A CIPE®, em particular o seu *Eixo A - Focos da prática,* emerge como um instrumento, e um pretexto, muito interessante para esta discussão em torno do conhecimento de enfermagem, em particular daquele que é necessário aos enfermeiros para nomearem as suas áreas de atenção, tal como é descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da sua prática.

Perante esta realidade avançámos com um dispositivo de investigação, de base qualitativa, com o sentido de, por um lado, contribuir para a clarificação do corpo de conhecimentos dos enfermeiros, em particular no contexto de um serviço de obstetrícia e, por outro, participar no processo de validação e de refinamento da CIPE®, actualmente em curso. Assim, a partir dos termos e das expressões usadas pelas enfermeiras, para identificarem as áreas de atenção que determinam as suas intervenções auto-iniciadas procurámos identificar, num processo construtivo, os focos de atenção da sua prática. O reconhecimento destes focos, tanto por via do termo utilizado, como por via da definição que lhe era associada, foi sendo consensualmente alcançado, por um painel de peritos, através do recurso à técnica de Delphi.

Concluído o estudo, foi possível reconhecer um conjunto de 108 focos da prática da CIPE® associados a diversos portadores (feto, recém-nascido, "mãe", "pai" e família), que as enfermeiras do serviço de obstetrícia utilizam na sua prática. Foram também identificadas outras áreas de atenção das enfermeiras (que parecem emergir como focos da prática) que a CIPE® não contempla: contracção uterina pós-parto (involução uterina); dor pós-parto; autocontrolo: trabalho de parto; e, ligação materno-fetal. Decorrente da análise das definições dos focos da prática da CIPE® e da exploração teórica dos conceitos associados, foi possível concluir que algumas das críticas apresentadas à CIPE® estão, antes de mais, relacionadas com a tradução da versão original para português. Este estudo revelou, ainda, a necessidade de se realizarem outros estudos que tomem por objecto os focos da prática da CIPE® e que permitam, por um lado, refinar as suas definição e, por outro lado, contribuam para uma melhor organização do conhecimento de enfermagem, imprimindo, por esta via, maior rigor ao processo de diagnóstico dos enfermeiros.

Palavras-chave: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; validação da CIPE®; técnica de Delphi; focos da prática na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Abstract

To the nurses is of the utmost importance nowadays the development of a specific board of nursing knowledge, its ordering on a classificative struture of an accurate matrix. So to say each nursing concept has to be border upon nurses practice, validating by this way its denomination through witch features it is defined, turning possible a cycle of discussion to the refinement of each of these concepts, as well as the definitions and words that make them clear. ICNP® particulary its axis A - Practice focus, gives reason to very interesting motive witch leads to discussion on nursing knowledge, namely the one witch is important to the nurses for the denomination of areas of interest as by the social charges, professional and conceptual source of their practice is designed.

We carried out a research work on a quality base, on one hand to contribute to the clarification of nurses`board of knowledge particulary on the obstetric unit, on the other hand collaborate on the validation and refinement of ICNP® undergoing actually. From the terms and expression to identify their own areas of attention that determine their self initiated interventions, with a constructive process we tried to identify their practice focus of attention. The knowledge of these focuses was consensually achieved as by the designed term as by the definition through a board of experts by Delphi technique.

At the end of study was possible to recognize a group of 108 practice focus of ICNP® associated to fetus, newborn, "mother", "father" and family of obstetric nurses everyday use. Other areas of nurses`attention were also identified (witch seem to emerge as practice focus) but not by ICNP®: post-delivery uterus contraction (uterus involution), post-delivery pain, self-control labor and materno-fetal attachment. By analyzing the practice focus definition of ICNP® and the theorical search of associated concepts was possible to conclude that some of the critics on ICNP® have to do with the translation of original into portuguese. The study still revealed the necessity of carry out other studies witch take into account the practice focus of ICNP® and make possible to refine its definitions and on the other hand may contribute to a better organization of nursing´s knowledge by this way turning more and more accurate nurses process of diagnose.

Keywords: International Classification for Nursing Practice, ICNP® validation, Delphi technique, practice focus on maternal-obstetric nursing.

Abreviaturas e siglas

Aprox. - Aproximadamente

cit. - citado

Dr. - Doutor

Min. - Minuto

mmHg - Milímetros de mercúrio

n.º - Número

ppm - Pulsações por minuto

Sr. - Senhor

ANA - American Nurses Association

CEN/TC - Comité Européen de Normalisation

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

E - Entrevista

EUA - Estados Unidos da América

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

ICN - International Council of Nurses

ICNP® - International Classification for Nursing Practice

NANDA - North American Nursing Diagnoses Association

NC - Nota de Campo

NIC - Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RN - Recém-nascido

UNICEF - United Nations International Children's Emergence Fund

USINE - Unidade de Investigação de Sistemas de Enfermagem

Índice de figuras

Figura 1 - Desenho do estudo ____ *22*

Figura 2 - Processamento e gestão da informação no processo de cuidados ____ *46*

Figura 3 - Etapas do processo de enfermagem ____ *51*

Figura 4 - Níveis de descrição da realidade ____ *65*

Figura 5 - Conceitos de topo da classificação dos focos da prática de enfermagem ____ *67*

Figura 6 - Primeiro período do trabalho de parto ____ *77*

Figura 7 - Segundo período do trabalho de parto ____ *77*

Figura 8 - Terceiro período do trabalho de parto ____ *78*

Figura 9 - Monitorização cardiotocográfica ____ *86*

Figura 10 - Período normal de transição ____ *87*

Figura 11 - Esquema representativo do primeiro momento do estudo. ____ *102*

Figura 12 - Esquema representativo do segundo momento do estudo. ____ *102*

Figura 13 - Esquema do modelo de análise à documentação de enfermagem ____ *106*

Figura 14 - A interacção mãe-filho ____ *203*

Figura 15 - Criança a mamar ____ *206*

Figura 16 - Mecanismos do trabalho de parto ____ *229*

Figura 17 - Esquema genérico dos resultados finais ____ *255*

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição das passagens de turno ____ *110*

Tabela 2 - Expressões associadas ao foco da prática perfusão dos tecidos e respectiva % de peritos concordantes ____ *132*

Tabela 3 - Termos e expressões usadas pelas enfermeiras não associados a focos da prática *149*

Tabela 4 - Focos associados à expressão "gemido (discreto, intermitente, persistente)", na primeira ronda. ____ *150*

Tabela 5 - Focos associados à expressão "recusa alimentar", na primeira ronda. ____ *151*

Tabela 6 - Focos associados à expressão "involução uterina", na primeira ronda. ____ *152*

Tabela 7 - Focos associados à expressão "cuidados imediatos ao recém-nascido", na primeira ronda ____ *153*

Tabela 8 - Focos associados à expressão "não amamenta", na primeira ronda. ____ *154*

Tabela 9 - Discordância do painel de peritos na apreciação da associação entre expressão usada pelas enfermeiras e o foco da prática (da primeira ronda). ____ *158*

Tabela 10 - Associações entre os termos/expressões e os focos da prática que apresentaram mais de 50% dos peritos discordantes (segunda ronda). ____ *159*

Tabela 11 - Focos da prática incluídos no questionário da terceira ronda. ____ *160*

Tabela 12 - Definições de focos da prática da CIPE® com menos de 75% de peritos concordantes ____ *161*

Tabela 13 - Definições de focos da prática com mais de 75%, mas inferior a 80%, de peritos concordantes ____ *162*

Tabela 14 - Definições de focos da prática com mais de 80% de peritos concordantes ____ *163*

Tabela 15 - Focos da prática cujas definições não receberam qualquer observação por parte dos peritos ____ *164*

Tabela 16 - Focos da prática explorados teoricamente ____ *165*

Tabela 17 - Focos da prática particulares no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia ____ *212*

Índice de quadros

Quadro 1 - Paradigmas em enfermagem ____ *43*

Quadro 2 - Dimensões, subdimensões e critérios de documentação de cuidados de enfermagem *58*

Quadro 3 - Evolução do primeiro período do trabalho de parto ____ *76*

Quadro 4 - Evolução do segundo período do trabalho de parto ____ *78*

Quadro 5 - Fases da adaptação ao papel maternal ____ *82*

Quadro 6 - Padrões periódicos e não periódicos da frequência cardíaca fetal ____ *87*

Quadro 7 - Índice de Apgar ____ *88*

Quadro 8 - Fases do desenvolvimento da vinculação ____ *93*

Quadro 9 - Critérios de inclusão no painel de peritos/informantes chave ____ *114*

Quadro 10 - Propostas de alteração a termos e definições de focos da prática ____ *259*

Quadro 11 - Propostas de alteração características definidoras de focos da prática ____ *260*

Índice geral

INTRODUÇÃO **15**

CAPÍTULO 1. DO CONHECER E DO CONHECIMENTO: A REPRESENTAÇÃO DOS CONCEITOS DA ENFERMAGEM **25**

1.1. Conhecimento e profissão: uma estreita relação 26

1.1.1. Das disciplinas do conhecimento *27*

Dos conceitos: «matéria prima» para representar o conhecimento 30

1.1.2. Das profissões *35*

Profissão: Enfermeiro 36

1.1.3. Enfermagem: disciplina do conhecimento *37*

Da necessidade de definir a disciplina de Enfermagem 38

Evolução dos conceitos de Enfermagem ao longo dos tempos 41

1.1.4. Da necessidade de representar o conhecimento de Enfermagem *43*

Organização do conhecimento: sistemas de classificação 44

1.2. Tomada de decisão e processo de enfermagem: a concepção dos cuidados 47

1.2.1. Processo de tomada de decisão *47*

Fases da tomada de decisão 48

1.2.2. A concepção dos cuidados de enfermagem *49*

1.2.3. O processo de enfermagem: orientação para a tomada de decisão *49*

O processo de enfermagem: definição 50

Etapas do processo de enfermagem 51

1.3. CIPE®: uma linguagem para a descrição dos cuidados de Enfermagem 55

1.3.1. Resenha histórica: a concepção da CIPE® *58*

1.3.2. Componentes da CIPE® *61*

Classificação dos fenómenos de enfermagem 61

Classificação dos focos da prática de enfermagem 65

1.4. Enfermagem de saúde materna e obstetrícia: um olhar 70

1.4.1. Do passado ao presente *70*

1.4.2. Dos cuidados de enfermagem *71*

A atenção à mulher - mãe 72

A atenção ao feto e ao recém-nascido 83

A atenção à família 91

CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 95

2.1. Do percurso metodológico 95

2.1.1. Justificação do estudo *96*

2.1.2. Finalidade do estudo *98*

Perguntas de investigação 99

2.1.3. Paradigma de investigação *100*

Desenho da parte empírica do estudo 101

Os contextos 103

Das técnicas de recolha de dados 105

Das técnicas de análise 117

2.2. Da intenção à acção: o caminho 120

CAPÍTULO 3. DOS CONCEITOS E DA SUA REPRESENTAÇÃO À CONCEPÇÃO DOS CUIDADOS 123

3.1. Da linguagem folk e da linguagem formal: a «matéria prima», os focos da prática e aconcepção dos cuidados 124

3.1.1. A linguagem folk idêntica à linguagem formal: focos da prática *125*

Focos da prática: inferência imediata 125

Focos da prática: inferência *quasi-imediata* 127

3.1.2. Da linguagem folk à linguagem formal: da «matéria prima» aos focos da prática *130*

A «matéria prima» para os focos da prática relativos ao feto 130

A «matéria prima» para diagnosticar focos da prática relativos ao recém-nascido 132

A «matéria prima» para diagnosticar focos da prática relativos à família 146

3.1.3. Da «matéria prima» não organizada à construção da linguagem formal *148*

3.1.4. Síntese: do pré-diagnóstico ao diagnóstico *154*

3.2. Da dificuldade em representar a linguagem folk em linguagem formal 157

3.3. Dos significantes aos significados 159

3.4. Focos da prática: a representação do conhecimento 165

3.4.1. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período intra-parto 166

3.4.2. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto 171

Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: recém-nascido 171

Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: "mãe" e pai 186

Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: família 194

CAPÍTULO 4. OS CONCEITOS PARTICULARES EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA: UM QUADRO DE REFERÊNCIA 211

4.1. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pré-parto: focos particulares da prática 212

4.2. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período intra-parto: focos particulares da prática 220

4.3. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: focos particulares da prática 233

4.4. Adenda aos conceitos centrais para a prática de enfermagem num serviço de obstetrícia: representação de novos focos da prática 236

4.5. Os focos particulares da enfermagem de saúde materna e obstetrícia: uma síntese 251

CONCLUSÕES 253

BIBLIOGRAFIA 265

ANEXOS 277

Introdução

Tudo se inscreve na linha do tempo.
Qualquer exercício que tenha por objecto a Enfermagem terá,
por isso, de ser um esforço de a enquadrar nos contextos históricos -
é a consciência e o conhecimento da nossa herança que nos permite,
a cada momento, aprender com o passado, compreender o presente e projectar o futuro.

Hoje, a Enfermagem confronta-se com mais um desafio. Face às exigências que coloca, poderíamos até ser levados a pensar: um enorme desafio. Contudo, quando olhamos o passado e constatamos os obstáculos que já foram ultrapassados, as barreiras entretanto derrubadas, os desafios atrás vencidos, temos de reconhecer que o desafio da clarificação do objecto e da natureza dos cuidados de enfermagem será, apenas, mais um. E, estamos convictas que será assim, porque a afirmação da identidade daí decorrente é o corolário natural de um processo, que vem de trás, de autonomização da profissão e de afirmação como disciplina do conhecimento. Acresce ainda que esta preocupação com a clarificação do objecto e com a natureza dos cuidados de enfermagem está sustentada em muitas discussões e reflexões que foram sendo feitas sobre o conhecimento próprio dos enfermeiros e os seus conceitos-chave, bem como sobre o desenvolvimento das suas práticas. Neste contexto, o início da segunda metade do século XX assinala o começo de um período singular, que se prolonga até aos dias de hoje, marcado pelo aprofundamento e a diversificação dos olhares sobre a enfermagem e as práticas dos enfermeiros.

O ambiente dos cuidados de saúde, particularmente complexo, exige aos enfermeiros capacidade para pensar criticamente, isto é, para explorarem uma situação, por forma a conseguirem uma conclusão que integre toda a informação disponível, garantindo, por essa via, a segurança e eficácia dos cuidados (Bolander, 1998). Esta situação está na base dos esforços, envidados por inúmeros enfermeiros, no sentido de organizarem o conhecimento e a prática de enfermagem, procurando distinguir e iluminar os fenómenos próprios de enfermagem. Assim, foram surgindo vários modelos conceptuais que, por diferentes caminhos, procuraram explicar o sentido da enfermagem e orientar a prática dos cuidados. Porém, como referiu Kritec em 1978 (*cit. In* Carpenito, 1997), estes modelos descreviam como a enfermagem e os enfermeiros deveriam ser e não como eram na realidade. Talvez aí tenha residido uma das fontes de dificuldade que enlearam a aplicação de tais modelos na prática dos cuidados.

Nos anos que se seguiram, multiplicaram-se os estudos com vista ao desenvolvimento de conceitos específicos da disciplina de enfermagem. Em paralelo, assistiu-se ao desenvolvimento do processo de enfermagem enquanto modelo operacional para a prática de enfermagem que sistematiza a tomada de decisão dos enfermeiros (Nóbrega & Gutiérrez, 2000).

De notar que este percurso não aconteceu de uma forma independente em relação à sociedade que, a cada momento, envolvia a realidade profissional. De facto, os modos de entender a enfermagem foram variando, ao longo dos anos, também de acordo com as correntes do pensamento humano e a evolução da sociedade. Hoje, os objectivos e as características da atenção dos enfermeiros são diversos e variados tanto como o são o indivíduo, família e comunidade beneficiárias da mesma e as suas necessidades específicas, tal como argumenta Raffensperger (2002).

No panorama actual dos contextos da prática de enfermagem a relação de cuidados tende a estabelecer-se numa base de parceria. Cada cliente[2] é considerado como uma pessoa autónoma que participa activamente nas decisões que lhe dizem respeito, que assume as responsabilidades das suas escolhas. Mas é também alguém que, integrado

[2] Ao longo deste relatório usaremos o termo «cliente» ou «utente» indiscriminadamente para designar o consumidor do atendimento de saúde.

numa família e numa comunidade, vive um ambiente, no qual se desenvolve. Na medida em que a saúde (já não mais apenas um estado objectivo de ausência de doença) tem uma dimensão individual e subjectiva que decorre da forma como cada um considera o seu bem-estar e o seu conforto, poderemos afirmar que cada cliente é, em si, um projecto de saúde (CIE, 2000). Neste contexto, qualquer factor que impeça, ou dificulte, a concretização desse projecto de saúde, seja a nível interno seja a nível externo (ambiente), pode condicionar o estado de saúde, podendo constituir, por essa via, um aspecto de saúde relevante para a prática dos enfermeiros.

Os enfermeiros, para decidirem quais as melhores intervenções para dar resposta às necessidades em cuidados, têm, antes de mais, de identificar, com rigor, tais necessidades. A competência intelectual, indispensável a tal processo de identificação, caracteriza-se, essencialmente, pela capacidade de interpretação dos dados e de inferência das necessidades em cuidados. Este processo vulgarmente designado por processo diagnóstico, ganha forma, no caso concreto dos enfermeiros, através dos diagnósticos de enfermagem. Estes diagnósticos de enfermagem são um enunciado sobre o fenómeno[3] (a área de atenção devidamente ajuizada) e, por isso, representam a génese e a razão de ser das intervenções de enfermagem (CIPE®, 2000). Em conformidade, se o diagnóstico de enfermagem não for identificado com precisão "*não há razão para avançar para outras fases do processo de enfermagem já que não existe fundamento para planear as intervenções*" (Bolander, 1998:162), uma vez que diagnósticos incorrectos podem conduzir a intervenções desajustadas.

Neste contexto, a utilização dos diagnósticos de enfermagem pode proporcionar uma oportunidade estratégia interessante para, por um lado, servir de base à estruturação do conhecimento de enfermagem e, por outro, clarificar o papel e o domínio próprios da enfermagem (Carpenito, 1997). É que, como reconhecem Silva (2002) e Nóbrega & Gutiérrez (2000), os aspectos que influenciam o estado de saúde, e que determinam os cuidados de enfermagem, referem o conhecimento de enfermagem.

[3] A acepção de fenómeno assumida neste relatório é a de *fenómeno de enfermagem*: aspecto de saúde com relevância para a prática.

Tradicionalmente, os enfermeiros alicerçaram a sua formação profissional numa íntima relação aos diagnósticos médicos e recorrendo sistematicamente a terminologia médica para descreverem as situações de saúde do doente, inclusive aquelas que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Actualmente esta situação não é mais suficiente. Os enfermeiros, para definirem as suas áreas próprias do conhecimento e de intervenção, têm necessidade de se centrarem nas suas funções específicas. E isto é particularmente importante, já que definir o corpo de conhecimentos específicos é considerado como um dos critérios imprescindíveis para o desenvolvimento de uma profissão autónoma (Carpenito, 1997).

O conhecimento desenvolve-se numa "espiral" que tem o seu início quando as áreas de atenção são identificadas, denominadas e o conceito partilhado. Com base no modelo de orientação, evolui-se para a recolha de informação pertinente que permite identificar o estado considerado como indesejável. Depois da identificação, segue-se a consequente decisão e a implementação das intervenções adequadas, sendo, ainda, possível a apreciação dos resultados. Esta circunstância estimula, por sua vez, a aquisição de novos conhecimentos e habilidades na intervenção (Carpenito, 1997). E, assim, a espiral vai-se tornando cada vez mais ampla.

Porém, para o desenvolvimento do processo diagnóstico, nomeadamente para a decisão relativa ao diagnóstico de enfermagem específico, é preciso *conhecer*. Também Gordon (1990) refere que cada um de nós apenas é capaz de identificar o que consegue reconhecer. Na opinião desta autora, a prontidão do reconhecimento depende, em grande medida, da disponibilidade e da acessibilidade aos conceitos incorporados na estrutura cognitiva. De facto, por um lado, pensamos em coisas que já experienciámos e para as quais temos nomes, isto é, a denominação é essencial para o pensamento; por outro, ninguém é capaz de comunicar aquilo que não sabe, ou não conhece. Tal como afirma Wilbur Wright - *é possível voar sem motor mas não sem conhecimentos e capacidades* (*cit. In* Bolander, 1998).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)[4] emerge como um instrumento capaz de contribuir para a organização, numa classificação, dos conceitos que representam o conhecimento de enfermagem, à semelhança do que já aconteceu noutras disciplinas. Nesta classificação, a disposição dos conceitos em categorias, é feita de acordo com princípios de divisão e as relações existentes entre esses mesmos conceitos. Na opinião de Goossen, ficam assim criadas as condições que permitem "*apoiar os processos de enfermagem e avançar no conhecimento necessário para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade*" (1998:16).

A classificação dos conceitos passíveis de serem utilizados para descrever o processo de cuidados é apresentada como uma lista de conceitos organizada em duas partes: a classificação dos fenómenos de enfermagem (fornece conceitos para enunciar os diagnósticos de enfermagem) e a classificação das acções (fornece conceitos para prescrever as intervenções de enfermagem).

Em 1999, o Conselho Internacional de Enfermeiros[5] definiu alguns critérios para o desenvolvimento da CIPE®. Entre estes critérios estabeleceu que a CIPE® deveria abranger as componentes específicas de enfermagem: diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estabeleceu ainda que deveria ser sensível à diversidade cultural, isto é, em diferentes países, em desiguais contextos de trabalho e em distintas realidades, a CIPE® deve disponibilizar aos enfermeiros os conceitos necessários.

A linguagem, é o instrumento que permite organizar o processo de pensamento. Por outro lado, determina o que se vê, o que se pensa e até a forma de pensar e de decidir. Por isso, nos diferentes contextos da realidade, é indispensável que os vários actores sociais partilhem a mesma linguagem. Também os enfermeiros necessitam de recorrer a uma linguagem comum para descreverem a sua "*área de atenção, tal como foi descrita pelo mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de*

---

[4] CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) constitui a tradução de ICNP® (International Classification for Nursing Practice). Ao longo do texto, quando nos referirmos a esta classificação, utilizaremos a designação em português.

[5] O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) é a designação portuguesa de International Council of Nursing (ICN). Este Conselho é a mais antiga e mais importante organização internacional de enfermeiros integrando associações nacionais de enfermeiros de mais de 120 países e a ele se deve o desenvolvimento da CIPE®.

*enfermage*m". Esta área de atenção é designada na CIPE® por ***foco da prática*** (CIPE®, 2000:xiii).

Mas será que a CIPE® contém os conceitos que os enfermeiros precisam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem no contexto de um serviço de obstetrícia? E, será que as definições aí propostas traduzem o conceito habitualmente utilizado pelos enfermeiros na prática?

No dia-a-dia é comum ouvirem-se comentários sobre o grau de adequação da CIPE® para uma descrição rigorosa da prática dos enfermeiros portugueses. Mais ainda, as definições da CIPE® são frequentemente alvo de crítica, por parte de alguns enfermeiros, que referem a inexistência na CIPE® de alguns conceitos necessários para a descrição da sua prática. Outros profissionais alegam que a definição de alguns conceitos carece de rigor, nomeadamente porque o termo que o designa é impróprio. Serão, de facto, fundadas as críticas e, por isso, justificada esta apreensão dos enfermeiros?

Mas, mesmo admitindo que possam existir algumas razões para crítica, não será pertinente olhar estas questões por outro prisma? Não poderão, melhor, não deverão os enfermeiros contribuir para tornar a CIPE® mais consistente e congruente com a sua própria realidade? Temos por convicção que este é um desafio a que os enfermeiros não se podem furtar, e ao qual apenas os enfermeiros podem dar resposta. Quando a CIPE® demonstrar ser sensível à diversidade cultural, dá-se mais um passo no sentido do reconhecimento nacional e internacional pelas comunidades de enfermeiros, como é desejo do Conselho Internacional de Enfermeiros. Neste caminho, que também se faz à medida que se percorre, a realidade vai mudando e a enfermagem também, por isso, o conteúdo da classificação tem que crescer e mudar ao ritmo a que a enfermagem cresce e muda (Wake & Coenen, 1998).

Assim, procurando reagir a estas inquietações, por um lado, e, por outro, aceitando o repto lançado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros - participar no processo de validação e refinamento da CIPE® - decidimos, no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, da Universidade do Porto, desenvolver um estudo que permitisse contribuir para a

clarificação destas questões. O nosso interesse pessoal e profissional pela área de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, fez-nos eleger este contexto para a sua concretização.

Cientes dos pretextos do estudo, determinados os seus contextos, delineamos um desenho de investigação que permitisse, por um lado, conhecer os focos da prática dos enfermeiros num serviço de obstetrícia e, por outro lado, analisar a conformidade dos conceitos usados na prática pelos enfermeiros, com as definições propostas pela CIPE®.

Partimos com a finalidade de delimitar as áreas de atenção dos enfermeiros (determinadas pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da sua prática) e de analisar a adequação da CIPE® para que as traduza. Neste contexto, procurámos identificar os termos e as expressões, bem como os respectivos significados, usados pelos enfermeiros para descrever as necessidades dos clientes em cuidados. A partir dos termos e das expressões utilizadas, procurámos, sistematicamente, confrontar os enfermeiros, quer com a sua própria linguagem, quer com os termos e as definições da CIPE® (Figura 1). Em todo este processo, contámos com um grupo de peritos e informantes chave que colaborou na construção dos consensos sobre os possíveis focos da prática.

Perante a natureza de um estudo em que procurámos, mais do que regularidades, as exemplaridades, optámos por um modelo de investigação marcadamente interpretativo, tendo por base a metodologia qualitativa, privilegiando a compreensão da realidade a partir do modo como os sujeitos de acção a descrevem. Na recolha de dados, utilizámos técnicas de recolha consistentes com o olhar que adoptamos: a análise de documentação, a observação, a entrevista e a técnica de Delphi.

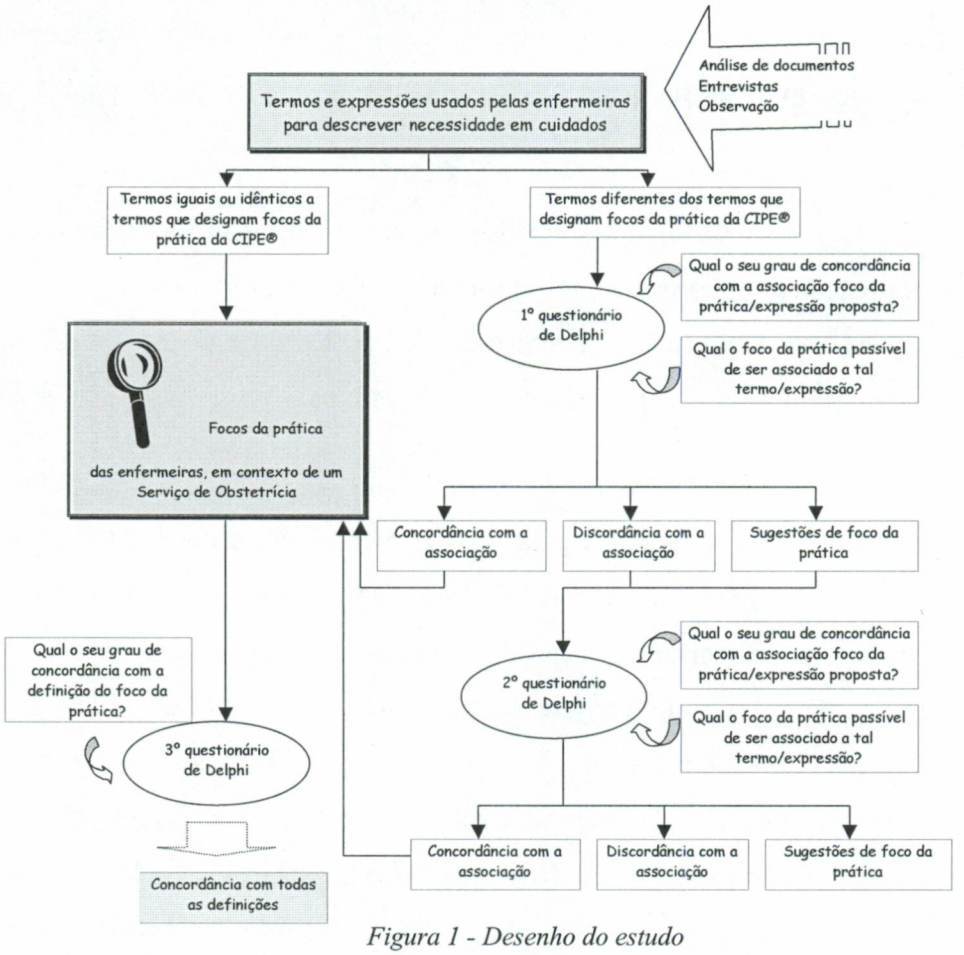


Figura 1 - Desenho do estudo

Postulando que a CIPE® constitui um instrumento inevitável para demarcar o conhecimento de que os enfermeiros necessitam para exercer e, consequentemente, para descrever a sua prática, procurámos confrontá-la com a realidade de um serviço de obstetrícia - o Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano. De facto, na opinião de Silva (2001) são necessários mais trabalhos de validação de conceitos classificados na CIPE®, por forma a que estes reflictam um maior grau de adequação à diversidade cultural que pauta a prestação de cuidados de enfermagem. Acreditamos que este confronto com a diversidade, em diferentes realidades, impulsionará o desenvolvimento da CIPE® no sentido de a tornar mais abrangente e mais consistente. Desta forma, não só se poderá demonstrar a sensibilidade da CIPE® perante diferentes culturas, como se estará a dar mais um passo no sentido do seu reconhecimento nacional e internacional pelas diferentes comunidades de enfermeiros.

O presente relatório está em estruturado quatro capítulos. No Capítulo 1 apresentamos os aspectos teóricos que enquadram esta problemática. Damos conta de que o conhecimento de cada disciplina é a pedra de toque da construção profissional e de que, para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, muito contribui a definição e a clarificação das áreas de atenção profissional dos enfermeiros de acordo com o seu mandato social e em conformidade com a matriz profissional e conceptual da sua prática de cuidados. Exploramos o processo de enfermagem, em particular o diagnóstico de enfermagem, na medida em que este ajuda a definir a natureza dos cuidados, enquanto "*método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e a resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao doente*", (Doenges & Moorhouse, 1992:2). Fazemos ainda uma incursão na CIPE®, não só porque constitui hoje uma dimensão inultrapassável para o rigor com que se pretende utilizar o processo de enfermagem, como ainda responde ao desafio lançado por Silva e que "*consiste, cada vez mais, em aprofundar o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem*" identificando "*quais são as palavras que falam a sua natureza específica*" (2000:9). Pelos contextos em que decorre o estudo, damos particular relevo à intervenção dos enfermeiros na área de saúde materna e obstetrícia, em particular durante o período peri-parto.

No Capítulo 2 descrevemos as opções metodológicas adoptadas por forma a dar resposta às questões de investigação, explicitando, sempre que se julgou necessário, a sua fundamentação.

A apresentação e a análise dos dados obtidos na parte empírica do estudo dão forma ao Capítulo 3. Este capítulo está estruturado em duas partes: a primeira parte refere os resultados relativos aos focos da prática, enquanto na segunda parte são apresentados os resultados da análise das respectivas definições. Neste capítulo, incluímos, também, exploramos os conhecimentos produzidos sobre cada um dos conceitos considerados focos da prática e, a pretexto da análise dos dados obtidos e do seu confronto com a definição da CIPE®, fomos produzindo alguma síntese do conhecimento produzido.

O Capítulo 4 surge como uma espécie de sinopse em que procuramos integrar os conceitos mais específicos, e exclusivos, nesta área da prática dos enfermeiros - a obstetrícia.

O relatório termina com a apresentação das principais conclusões do estudo e de sugestões para o desenvolvimento e aprofundamento futuros nesta área problemática.

Capítulo 1. Do conhecer e do conhecimento: a representação dos conceitos da Enfermagem

Se não há profissão que se possa exercer sem
conhecimentos variados e apropriados,
como poderia ser de outro modo para
a profissão de enfermagem?
Collière (1999)

Este capítulo foi estruturado em quatro partes. A primeira refere a importância do conhecimento e da sua organização para o desenvolvimento de uma disciplina e de uma profissão. A segunda aborda a tomada de decisão com particular atenção no processo diagnóstico como método para conceber os cuidados. Na terceira parte apresenta-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que surge como modelo para a organização dos conceitos que representam concepções de cuidados de enfermagem. E, porque a área de atenção deste estudo se focaliza nos contextos da prática de enfermagem em saúde materna e obstetrícia, em particular no período peri-parto, a quarta parte deste capítulo procura apresentar alguns aspectos nucleares nesta etapa do ciclo de vida.

1.1. Conhecimento e profissão: uma estreita relação

Para o ser humano, procurar compreender a natureza
faz parte da sua natureza
Jacob (1997)

Ao longo da sua existência cada homem faz um permanente esforço para a compreender a realidade informativa que o envolve, ou seja, procura que a natureza das coisas e os comportamentos das pessoas lhe sejam inteligíveis. Talvez não tanto porque esse seja um traço característico da sua natureza, mas, talvez, por razões bem mais prosaicas que têm a ver com a sua necessidade de sobrevivência e o desejo de bem estar. Essa compreensão faz-se na medida em que as suas estruturas cognitivas[6] se mostram capazes de se sensibilizarem, de interpretarem e de apreenderem a informação que os sentidos lhes fazem chegar, transformando-se a elas próprias. O que, dito de uma outra forma pode ser apenas: conhecer e conhecimento. Conhecer como acção de apre(e)nder e de integrar a realidade nas estruturas cognitivas transformando-as; conhecimento como o resultado de um processo, passível de ser transmitido a outros, por isso traduzível em palavras. De facto, esta capacidade de paulatinamente tomar posse da realidade que o envolve, transformando-se, torna o indivíduo cada vez mais competente e mais eficiente na relação que, fatalmente, mantém com essa mesma realidade.

Para além desta dimensão mais individual do conhecimento este, também, pode ser tomado, numa acepção mais global igualmente verdadeira. Efectivamente, a espécie humana foi sendo capaz de, ao longo dos tempos e da sua história, ir apreendendo a realidade de que faz parte e armazenando conhecimentos - o conhecimento humano. Conhecimento que ao ser transmitido se constituiu como a herança das gerações passadas e o legado, enriquecido pela geração actual, às gerações futuras. Este conhecimento, que Carvalho (1973) não hesita em apelidar de cultura, torna-se assim num contributo indispensável à construção do quotidiano de sucessivos e diferentes grupos humanos, justificando, em larga medida, o sucesso da espécie humana. À medida que o conhecimento do mundo foi aumentando, o homem desenvolveu formas

[6] Este termo terá sido utilizado a primeira vez pelo psicólogo educacional, David Ausubel (1963) no sentido da organização, estabilidade e clareza do conhecimento do indivíduo relativa a uma área temática particular.

de o acumular e de o estruturar, pondo-o ao seu serviço e criando condições para incorporar ainda mais conhecimento ou, como refere Ferrari, de "*melhorar a compreensão acerca dos fenómenos já conhecidos*" (1982:4).

Assim podem coexistir diferentes formas de conhecimento que passam pelo conhecimento vulgar, religioso, filosófico e culminam na sua forma mais elaborada: o conhecimento formal/científico. Para Gil (1995) será esta necessidade de obter conhecimentos mais confiáveis do que os fornecidos por outros meios que levará ao desenvolvimento da ciência. O mesmo autor, mesmo reconhecendo a dificuldade em definir de forma clara o que é uma ciência, considera esta "*como uma forma de conhecimento que tem por objectivo formular, mediante linguagem rigorosa e apropriada - se possível, com auxílio da linguagem matemática - leis que regem os fenómenos*" (1995:21). Ao mesmo tempo, reconhece que a ciência pode ser caracterizada mais satisfatoriamente como "*uma forma de conhecimento objectivo, racional, sistemático, geral, verificável e falível*" (1995:21). Com base na aceitação de princípios semelhantes, Ferrari sintetiza: "*ciência é uma forma especial de conhecimento da realidade*" (1982:2).

1.1.1. Das disciplinas do conhecimento

Estas circunstâncias permitiram que várias áreas temáticas, denominadas disciplinas do conhecimento, emergissem. Contudo, qualquer que seja a área de conhecimento, está presente um denominador comum: é sempre um processo de construção de objectos. Na medida em que, como vimos, o conhecimento visa apreender uma realidade que lhe é exterior, pré-existente e que perdura para além dele, pode falar-se do que Almeida & Pinto (1976:11) chamam objectos reais-concretos, ou seja, objectos efectivamente existentes. Contudo, estes mesmos autores apontam alguma singularidade ao conhecimento científico: visa a construção de objectos abstrato-concretos que não tendo existência como tal fora do processo de conhecimento, são utilizados como instrumentos de mediação na apropriação dos objectos reais-concretos.

Para Ferrari, as diferenças na construção do conhecimento científico, fazem emergir uma primeira grande divisão da ciência em: (1) ciências formais e 2) ciências factuais. As ciências formais (matemática, lógica...) "*tratam dos entes ideais tanto abstractos*

como interpretados" (1982:14), ou seja, os que só existem na mente humana. Pelo contrário, as ciências factuais (sociologia, biologia...), também designadas empíricas ou materiais "*preocupam-se com as coisas, eventos ou processos*" (1982:14) mas, apesar de utilizarem símbolos interpretados, "*não empregam símbolos vazios (variáveis lógicas)*" (1982:8).

Por outro lado, quando consideramos a organização do conhecimento surgem-nos as imagens de diferentes estruturas, mais ou menos hierarquizadas, em que as várias disciplinas se dispõem. Porém, se a inclusão e a posição nesta estrutura de algumas disciplinas recolhe a unanimidade, a de outras, pelo contrário, gera discórdias e é motivo de acesas polémicas. Grande parte destas dificuldades decorre da impossibilidade de obter consensos sobre o que constitui e caracteriza uma disciplina. Alguns autores privilegiam as "áreas de investigação", outros atribuem maior importância ao grau de autonomia em relação a outras disciplinas, outros ainda consideram o tipo de discurso produzido como factor distintivo. Certo é que o crescimento e a organização das disciplinas é um processo dinâmico que resulta da plasticidade na definição das fronteiras das disciplinas, decorrente do permanente esforço destas, suscitado pela necessidade social de apropriação cognitiva e prática da realidade. Tradução deste esforço é a tendência, hoje verificada, para o desenvolvimento de áreas do conhecimento transdisciplinar vocacionadas para a resposta às complexas necessidades sociais e às crescentes preocupações humanas. Este desenvolvimento segue-se a um tempo em que as diferentes disciplinas, ciosas das suas fronteiras, se desenvolveram, sobretudo através da cisão ou da aglutinação de outras disciplinas anteriores.

É neste contexto que Almeida e Pinto, quando se referem às disciplinas científicas, defendem que cada uma destas é, antes de mais, "*um conjunto estruturado de questões, que se designa por problemática teórica*" (1976:12). Para os mesmos autores, é esta problemática teórica que permite a definição dos contornos da sua visibilidade e estabelece as condições que possibilitam o aparecimento de novos problemas ao longo do seu desenvolvimento.

McGarry, por seu turno, defende que uma disciplina é um campo organizado de investigação constituído por uma comunidade de pessoas que "*têm o aval da sociedade*

para investigar, analisar e emitir juízos sobre qualquer aspecto do mundo físico, social ou moral" (1984:114). O mesmo autor especifica um conjunto de atributos que, em sua opinião, poderão caracterizar uma disciplina em algumas das suas dimensões:

- Os conteúdos informativos são conhecimento resultante da investigação desenvolvida com base em critérios de justificação e de validade e não, meras opiniões;

- Uma disciplina integra conhecimento e informação com diferentes graus de dificuldade. Daí que o factor distintivo da informação não seja o grau de complexidade mas, antes, a sua autenticidade que decorre dos rigorosos métodos de avaliação a que é submetida;

- Uma disciplina tem forma, padrão e estrutura. Assim, os conceitos que a integram têm que estar classificados e relacionados. Neste contexto, as disciplinas podem ser mais "hard" ou mais "soft" consoante as regras que determinam as relações entre conceitos são mais ou menos precisas e partilhadas.

- Cada disciplina classifica o seu domínio de modo próprio. Contudo, verificam-se diferenças entre as disciplinas no que se reporta à precisão e à harmonia das categorias e dos conceitos centrais do domínio do conhecimento. O consenso é um indicador importante que avalia a variação no nível de concordância, dentro da comunidade profissional, em relação ao que constitui o domínio da disciplina.

- Cada disciplina tem um domínio particular de investigação e métodos próprios para criar e validar o conhecimento que traduzem um modo especial de conhecer e de perceber os fenómenos;

- Cada disciplina tem uma estrutura própria que suporta a conservação, a divulgação e a validação dos seus conhecimentos. Uma preponderância de revistas como suporte documental pode, por exemplo, traduzir uma rápida



evolução das ideias. Esta estrutura de comunicação, e as políticas editoriais, são fundamentais nos processos de mudança das ideias centrais da disciplina.

- Cada disciplina "*tem o seu próprio vocabulário especializado que serve a comunidade dos estudiosos como meio de comunicação e como thesauros para traçar o seu domínio de estudo*" (1984:117). Esta terminologia pode ser mais ambígua, valorativa e dependente do contexto social, como nas ciências sociais e humanas, ou mais precisa e universal, como nas ciências físicas.

Dos conceitos: «matéria prima» para representar o conhecimento

Nos anos sessenta do século XX, Jerome Bruner (*cit. In* Arends, 1995), um dos teóricos que dedicou os seus esforços ao estudo do modo de organização das disciplinas, preconizou que cada uma delas tem uma estrutura constituída por conceitos-chave que a definem. Este último autor, não só confirma a existência destas estruturas, como salienta que elas "*constituem um meio para organizar a informação em áreas, dividir a informação em categorias e mostrar as relações entre várias categorias de informação*" (1995:270). Mais recentemente, Laville & Dionne (1999) confirmavam que as diferentes disciplinas tiveram necessidade de desenvolver o que eles, na mesma linha dos autores anteriores, chamaram conceitos específicos.

Mas os conceitos não são apenas importantes para os processos de organização das disciplinas do conhecimento, eles contribuem, também, para a compreensão e integração na realidade. De facto, é através dos conceitos que as pessoas se compreendem já que eles são a base da interacção comunicativa. Segundo Laville & Dionne, os conceitos são "*representações mentais de um conjunto de realidades em função das suas características essenciais*" (1999:91). Por seu turno, Ferrari considera que os conceitos não são mais do que "*a simbolização do que acontece no mundo dos fenómenos*" (1982:91), isto é, são construções lógicas, unidades de pensamento que representam um fenómeno ou parte dele. Também Jantz (1995:303) lembra que os conceitos são os elementos essenciais para a organização dos processos de pensamento, em particular do pensamento de ordem superior.

Entre as muitas acepções que o termo conceito pode tomar, pode referir-se ao modo como o conhecimento e a experiência são categorizados em classes que partilham determinados atributos, o que nos confronta com a possibilidade real de categorizar objectos, ideias e até mesmo conceitos.

No processo de definição dos conceitos, Jantz (1995) considera a existência de atributos críticos e de atributos não críticos. Os atributos críticos são os que permitem separar um conceito de todos os outros, ou seja, são aqueles que não poderão deixar de estar presentes em todos os exemplos do conceito e que o distinguem de todos os outros conceitos[7]. No caso particular em que um conceito é um subdomínio de um domínio mais abrangente terá, necessariamente, de incluir todos os atributos críticos do conceito mais geral. Por seu turno, os atributos não-críticos são aqueles que auxiliam na clarificação do conceito porque são comuns entre os exemplos do conceito mas, porque não estão presentes em todos os exemplos, não podem ser utilizados como críticos para a aplicação do conceito[8].

Para Jantz (1995) os conceitos podem ser classificados de acordo com as estruturas de regras que definem o seu uso. Os conceitos conjuntivos são aqueles em que as regras estruturantes são constantes, ou seja, em que os atributos críticos se combinam de uma forma aditiva e são sempre os mesmos. Os conceitos disjuntivos são aqueles que contêm conjuntos alternativos de atributos, por isso são mais latos e mais flexíveis. Os conceitos relacionais são aqueles cujas regras estruturantes dependem de relações entre conceitos que é necessário conhecer.

Se nos conceitos conjuntivos, os atributos críticos são estáveis independentemente do contexto em que são considerados (um quadrado é em qualquer parte um quadrado), o mesmo não acontece nos conceitos disjuntivos e relacionais. Nestes últimos, a inconstância dos atributos em função dos diferentes contextos sociais, determina conceitos diversos para o mesmo rótulo. No domínio das ciências sociais e humanas, esta é uma realidade comum como bem o demonstra a fluidez de conceitos como pobreza ou direitos humanos, pelo que, na opinião de Jantz, "*precisam de ser definidos*

---

[7] *Três lados iguais* é o exemplo de um atributo crítico do conceito de triângulo equilátero.
8 Voar é o exemplo de um atributo não-crítico do conceito de ave.

operacionalmente, de acordo com o contexto social e cultural em que são utilizados" (1995:305).

Da linguagem

Ainda neste contexto, a linguagem, enquanto expressão da actividade cultural do homem e agir intencional dirigido a determinadas finalidades, assume singular importância. É que entre as suas finalidades está a comunicação - processo de «pôr em comum», em que se partilham conhecimentos que ganham forma no, e pelo, acto de comunicar. Para que a realidade ganhe forma de conhecimento são indispensáveis, por um lado, as palavras (imagem acústica ou gráfica) designadas por significantes e, por outro lado, os conceitos (representação mental) apelidados por significados e que representam a realidade no interior do sujeito, ou seja, a forma pela qual a realidade se encontra presente na mente do sujeito (Carvalho, 1973). Almeida & Pinto acrescentam que "*ao processo que une significante e significado e cujo produto é o signo poderemos chamar significação, embora esta palavra seja também utilizada para definir o próprio significado*" (1976:34). Por isso, como dá conta o mesmo autor, a comunicação é um acto de conhecimento. Para além disso, e na medida que "*o conhecimento se realiza na aquisição do saber linguístico*" (Carvalho, 1973:31), a linguagem torna-se crucial na apreensão da realidade, logo na expansão do conhecimento.

Porém, na comunicação quotidiana, a usual utilização de uma linguagem comum limita a difusão de conhecimento ao conhecimento vulgar. Quando se pretende construir ou trabalhar o conhecimento formal, torna-se necessário uma demarcação daquela linguagem. Tende-se, com base na criação de novos subcódigos e de rigorosos conceitos, a constituir uma linguagem científica apropriada à produção de conhecimentos, ou seja, de reduzida ambiguidade (Almeida & Pinto, 1976). Como salienta Ferrari, "*toda a ciência constrói a sua própria linguagem artificial*" (1982:91). Se é um facto que as chamadas ciências físicas já têm estas linguagens mais instrumentais, o mesmo ainda não se verifica nas ciências sociais e humanas, em que o recurso ao léxico geral, mesmo com todos os esforços para lhe reduzir a imprecisão e a polissemia, continua a criar dificuldades ao seu desenvolvimento. Em qualquer dos casos, as diferentes ciências procuram desenvolver a sua linguagem através de conceitos

e sistemas de conceitos o que faz com que, muitas vezes, lidem mais com conceitos do que com os próprios fenómenos (Ferrari, 1982).

Todavia, para que o resultado deste processo seja passível de comunicação e de compreensão é indispensável que o conceito tenha um nome, (rótulo ou termo) e uma definição. Daqui decorrem duas dificuldades: por um lado, como os rótulos não passam de invenções humanas estão, muitas vezes, associados a um grau de arbitrariedade indesejável; por outro lado, as definições, pela sua própria natureza, nem sempre têm a precisão almejada.

Dos rótulos

A propósito da relação entre os conceitos e os termos Ferrari afirma: "*todo o conceito é um termo, mas nem todo o termo é um conceito*" (1982:93). De facto, numa qualquer frase nem todas as palavras encerram conceitos, porém não é possível representar um conceito que não tenha nome. Na atribuição de um rótulo utilizam-se símbolos - geralmente palavras. Porém, para autores como Berlo (1997:271), como as palavras em si não têm sentido (os sentidos têm origem nas pessoas), não será nunca possível considerar que essas palavras tenham uma única, e certa, definição. Logo, a escolha de um dado símbolo como rótulo visa, antes de mais, atender aos propósitos (entenda-se, sentido) de quem o propõe.

Com um ponto de vista ligeiramente diferente, Ferrari preconiza que na construção de conceitos se deverá "*ajustar o termo mais adequado, capaz de exprimir através do seu significado o que realmente ocorre na realidade, e não que a realidade existencial tenha de se ajustar ao conceito*" (1982:94), sugerindo ainda que os símbolos que representam ideias ou factos sejam "*escolhidos segundo o estado da realidade cognoscível*" (1982:97).

Das definições

Autores como Ferrari (1982) consideraram que os conceitos necessitam ter definição consensual para que possam ser entendidos e utilizados da mesma forma pelos pares. Porém, surgem múltiplas dificuldades associadas à utilização de uma dada definição, a

maioria das quais resulta do equívoco quanto ao alcance da definição. Esta dificuldade decorre, antes de mais, da existência de diferentes tipos de definição. Berlo (1997), numa referência ao trabalho desenvolvido por Henry S. Leonard, considera a existência de 72 tipos diferentes de definições (intensivas ou extensivas, inclusivas ou exclusivas, nominais ou reais, informativas ou conceptuais....). Esta variedade de tipos torna difícil o processo de construção e análise de uma definição. Mesmo assim Berlo sugere que se aceite que uma definição é "*uma declaração sobre um símbolo, destinada a especificar ou delimitar os sentidos atribuídos ao símbolo pela pessoa que o usa*" (1997:270). De facto, Ferrari (1982) argumenta que a definição pode ser "reduzida" a uma equação verbal na qual à esquerda temos o termo ou *definiendum* e à direita o *definiens* (valores do atributo necessários e suficientes para classificar o objecto como uma manifestação ou instância do termo).

A construção de uma definição varia em função: da intenção da fonte, ou seja, da finalidade pretendida com o termo em definição; das necessidades do próprio receptor; dos sentidos/capacidades pré-existentes no receptor que podem ser utilizados.

Na medida em que as definições são expressões que apontam o sentido que o seu autor pretendeu atribuir a uma dada palavra ou símbolo e não declarações sobre factos, nem descrições do mundo físico, para Berlo é arriscado considerá-las verdadeiras ou falsas, certas ou erradas. Para o mesmo autor, esta é até uma discussão sem sentido já que se baseia na "*falácia de crer que uma palavra ou símbolo tenha sentido próprio e que a definição seja um processo de declarar o sentido real ou certo do símbolo*" (1997:270). Por isso adianta que as definições "*têm um só critério de adequação: ou são úteis ou não são úteis. Uma definição é 'boa' no grau em que seja útil*" (1997:270).

A utilidade e a adequação das definições poderá ser considerada quando torna mais claro ao receptor o sentido do símbolo/palavra que está sendo definida e quando evoca no receptor o sentido que a fonte/emissor pretende transmitir. Contudo é necessário acrescentar que as definições não dão conhecimento, mesmo assim permitem que "*classifiquemos e relacionemos o conhecimento previamente obtido (formal) e que determinemos se dispomos de potencial de conhecimento com os termos por nós usados para falar sobre o mundo (operacional)*" (Berlo, 1997:287).

Da utilização dos conceitos

Em tempo de globalização, também na utilização de conceitos, as questões da transposição/tradução para outras culturas e outras línguas colocam novos desafios que resultam da quantidade e variedade de novos conhecimentos associadas à crescente escassez de tempo para a sua maturação. Assim, é cada vez mais frequente o recurso a rótulos e a definições em inglês, ou à sua tradução «apressada», por evidente falta de tempo para o seu desenvolvimento e adequação à língua materna. Esta situação, aliada nos processos de ensino, à memorização das definições sem a sua compreensão, contribuem, amiudadas vezes, para a divulgação e a circulação de conceitos erróneos.

Também Ferrari (1982) alerta para algumas limitações no uso de conceitos nomeadamente quando: (1) são traduzidos de uma língua para outra, e não existe o termo que o traduza fielmente; (2) um mesmo conceito pode significar coisas diferentes em diferentes contextos ou em diferentes áreas do conhecimento (por exemplo, "cultura" pode significar a herança social ou significar cultura de bactérias); (3) dentro da mesma disciplina o conceito pode receber diversos significados, isto porque pode significar fenómenos diferentes ou adoptar significados diferentes, em diferentes momentos no tempo; (4) diversos termos podem referir-se ao mesmo fenómeno. Além disto os conceitos vão mudando à medida que os tempos passam e os conhecimentos se desenvolvem o que implica que os significados também se alterem.

1.1.2. Das profissões

Uma outra vertente do conhecimento que importa explorar refere a relação das suas disciplinas com as profissões, nomeadamente daquelas que tomam áreas mais ou menos específicas desse conhecimento como base para as suas decisões profissionais.

Conforme anteriormente analisamos, as disciplinas do conhecimento estão associadas a uma comunidade de pessoas. Esta comunidade presta um serviço remunerado e a sociedade reconhece-lhe competências que lhe conferem alguma identidade social, por isso, reúne as condições básicas para ser considerada uma profissão. Como profissão atinge o seu mais elevado grau de autonomia (suprema aspiração de qualquer profissão) quando completa o que os sociólogos designam por fechamento social. Um dos critérios

para considerar que a profissão atingiu este patamar de autonomia é ter visto consagrada a sua exclusividade cognitiva. Esta condição traduz o poder discricionário do seu saber - o conhecimento da disciplina - nos diferentes domínios do seu campo de intervenção. Neste mesmo sentido Eisenhauer (1998) afirma que uma profissão é sempre detentora de um corpo de conhecimentos próprios e especializados que utiliza ao serviço da sociedade. Esta proximidade entre a prática profissional e os conhecimentos que estão na sua génese é também reconhecida por Pesut & Herman (1999), quando consideram que uma profissão nasce do desenvolvimento de conhecimentos usando a teoria para guiar as suas acções. Ellis & Hartley (1998) acrescentam ainda que cada profissão deverá possuir como característica um corpo de conhecimentos bem organizados e definidos e autonomia nas decisões referentes à sua área específica de intervenção.

Assim, o conhecimento, na medida em que se assume como um factor determinante para a composição das profissões, constitui-se como um eixo estruturante do seu desempenho e do seu desenvolvimento.

Profissão: Enfermeiro

Na medida em que o papel de um profissional se define pela conduta social de uma pessoa que ocupa um certo lugar na sociedade, pelas suas acções, pela influência que exerce e pelas funções que desenvolve, entendeu-se que a sua apreciação podia contribuir para a clarificação dessa profissão (Phaneuf, 2001).

De acordo com o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE - Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro) o papel interdependente corresponde às acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em colaboração com outros técnicos, na procura de atingir um objectivo comum, subjacentes a planos de acção definidos pelas equipas multidisciplinares em que os enfermeiros estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas. No papel interdependente enquadram-se as actividades realizadas com base em prescrições, em que a identificação do problema/situação e a decisão de intervir foi tomada por um outro técnico. Nestas situações, de que a administração de terapêutica por prescrição do médico é um exemplo clássico, o enfermeiro assume-se sobretudo como um executor crítico. De facto, de acordo com a Ordem dos

Enfermeiros, nas intervenções iniciadas por outros técnicos da equipa de saúde, o enfermeiro somente assume a responsabilidade pela sua implementação. Mas, como continua a ser responsável pelos actos que pratica, nunca poderá ser um mero executor passivo dessas prescrições (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O papel independente corresponde às acções realizadas por iniciativa dos enfermeiros, de acordo com as respectivas qualificações profissionais e o seu mandato social, assumindo a inteira responsabilidade pelas decisões que toma e pelos actos que pratica. Ou seja, corresponde às actividades essenciais para concretizar o diagnóstico e para prescrever as intervenções apropriadas, sendo que o enfermeiro se assume como o primeiro responsável pela prescrição e implementação dessas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Este domínio de acção corresponde ao exercício dos conhecimentos e das competências próprias do enfermeiro, que este exerce a partir da avaliação específica das necessidades da pessoa, da família ou das comunidades, usando para tal todos os recursos particulares de enfermagem.

1.1.3. Enfermagem: disciplina do conhecimento

Na perspectiva de Pesut & Herman (1999) os enfermeiros, para além de produtores de conhecimento, são também trabalhadores do conhecimento. A capacidade de cognição surge como um pré-requisito relevante para o julgamento clínico: comunicar ideias, compreender o vocabulário, memorizar, conhecer, relacionar e usar os factos tomando decisões sobre a sua utilidade numa situação concreta. Talvez por isso, Eisenhauer (1998) afirme que o foco do conhecimento profissional necessita ser fundamentado no julgamento clínico profissional e no uso apropriado da informação disponível.

Desde Nightingale que a formação dos enfermeiros, como suporte da prática de cuidados, depende do conhecimento formal existente. Todavia, o tipo de conhecimento usado pelos enfermeiros foi mudando ao longo dos tempos. Antes dos anos 50 do Século XX, a Enfermagem era entendida como uma arte que enfatizava os princípios e os procedimentos e assentava num espírito de devoção desinteressada. A partir daquela altura, as referências à «ciência de enfermagem» começaram a aparecer na literatura de enfermagem, como reflexo da importância de associar a teoria e a investigação

(contributos essenciais para o desenvolvimento do conhecimento) à prática de enfermagem.

Florence Nightingale (1859) na sua obra *Notes of nursing* definiu os cuidados de enfermagem como sendo a acção dos enfermeiros tendo em vista colocar os clientes nas melhores condições para que a natureza actuasse sobre eles. Quase cem anos mais tarde, Virgínia Henderson (1961) declarou que a finalidade dos cuidados de enfermagem é "*assistir o indivíduo, doente ou são, a realizar actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação da saúde (ou para uma morte serena), actividades estas que o cliente realizaria sozinho se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários, e fazê-lo de forma a ajudar o cliente a ganhar autonomia tão rapidamente quanto possível*". Ambas as definições focalizam as acções de enfermagem e o papel que os enfermeiros desenvolvem para promover a saúde e a cura. Todavia, serão estes os contextos do mandato social dos enfermeiros?

Da necessidade de definir a disciplina de Enfermagem

Ellis & Hartley afirmam que "*definir enfermagem é difícil*" (1998:14), mesmo assim, constitui uma missão incontornável. Talvez por isso, a partir dos anos 50 os enfermeiros encetaram um conjunto de esforços no sentido de definirem a disciplina recorrendo, nessa altura, a métodos dedutivos. Os modelos, a partir daí emergentes, foram essenciais do ponto de vista histórico, quer para o desenvolvimento global da enfermagem, quer para a promoção da sua identidade. Estes modelos traduziam ideias abstractas reportáveis às filosofias de enfermagem e não conhecimento que pudesse ser aplicado directamente na prática. Ficaram, por essa via, algures, distantes da prática de enfermagem e, talvez por isso, tenham sido consideradas demasiado abstractas para serem úteis neste contexto (Silva, 2000).

Perante esta dificuldade, nas últimas décadas do século XX, procuram-se outros caminhos que pudessem contribuir para dizer o que «Enfermagem é...».

Contextos históricos

O que devemos relembrar da história que nos ajude a perspectivar os desenvolvimentos futuros?

Kirsten Stallknecht (ex-presidente do Conselho Internacional de Enfermagem) afirmou um dia que a experiência do passado enforma e influencia as decisões de hoje e o projectar do amanhã. Convictas desta relação, e da importância da história na compreensão da realidade actual da enfermagem, olhemos, primeiro, para o passado.

No percurso de construção da profissão houve um tempo em que os enfermeiros estiveram afastados das fontes do saber e das decisões. Na base desta realidade, na opinião de Collière (1989), esteve uma concepção dos cuidados e um sistema de sociedade marcados pela dupla pertença feminina e religiosa da profissão. Com efeito, entre os muitos factores que influenciaram a profissionalização dos enfermeiros, o facto de se tratar de uma actividade exercida, durante anos, apenas por mulheres e a imagem de servilismo e de auxiliar do médico que lhe estava associada, foram determinantes na evolução deste processo. De facto, a história de enfermagem atravessa a história da mulher em geral e, em particular, com a história desta enquanto prestadora de cuidados. Os cuidados eram prestados por mulheres e caracterizavam-se pela sua estreita relação com a vida das comunidades e pelo propósito de responderem às necessidades das pessoas desde o nascimento à morte (nascimento, alimentação, etc.).

Na Idade Média, com o advento do Cristianismo, todo este saber foi posto em causa e a posição da mulher na sociedade sofreu alterações. A mulher ressurge ligada aos cuidados por via das religiosas (consagradas). A necessidade de cuidados às pessoas persistia, mas agora prestados por mulheres devotas que tinham renunciado à vivência de experiências, nomeadamente da maternidade, e, por isso, a prestação de cuidados já não decorria dos saberes vividos mas, antes, da experiência que se ia acumulando com a repetição das situações. Foi um período em que a vocação, caracterizada pelo amor ao próximo e pelo espírito de sacrifício dominava as motivações individuais. A preocupação central passou a ser o sofrimento e os sofredores, enquanto o corpo passou a ser encarado como objecto de pecado. Os cuidados eram prestados em albergues onde se misturavam com os doentes, os pobres e os mendigos que procuram abrigo.

A partir do século XIX, com os avanços na medicina surgiu outra alteração significativa a nível da prestação de cuidados. Os médicos passaram a necessitar de pessoas que os ajudassem e em quem pudessem delegar algumas actividades consideradas menores. Este papel foi assumido pelas mulheres religiosas. Esta situação permitiu a estas mulheres o acesso ao saber médico e a sua partilha, mas não lhes garantiu a autonomia enquanto profissão (Collière, 1999). Neste contexto, as mulheres que prestavam cuidados tinham uma dupla pertença: por um lado dependiam da hierarquia católica e, por outro, dos médicos que apreciavam a obediência e ensinavam os saberes necessários para a execução das tarefas delegadas (Collière, 1999).

Foi esta a realidade que Florence Nightingale (1820-1910) encontrou. De facto, os cuidados eram prestados por pessoas sem qualquer preparação e os locais onde os doentes se encontravam apresentavam condições de higiene deploráveis. Nightingale dedicou a sua vida a tentar mudar as circunstâncias que estavam na base desta realidade. O saber, a experiência acumulada e o prestígio alcançado com a sua intervenção junto dos feridos da guerra da Crimeia permitiram-lhe marcar posições firmes em muitos aspectos da organização dos cuidados, em particular, dos cuidados de enfermagem. A sua forma de entender os cuidados era inovadora para a época. Passou a definir a enfermeira como alguém que age sobre a pessoa e o ambiente. Embora entendesse a necessidade de as enfermeiras colaborarem com os médicos, defendia que elas, com base na sua formação, deveriam agir sobre a pessoa e ambiente de modo a que a natureza pudesse actuar.

Nightingale foi também a primeira enfermeira a escrever sobre a disciplina de enfermagem. Em 1859 publicou as *Notes of Nursing* onde procurou descrever o modo como as enfermeiras deveriam actuar para tornar mais suportável, ou menos doloroso, o sofrimento de um doente confinado à cama e/ou a um tratamento prolongado. Esta obra permitiu a divulgação de ideias inovadoras que orientaram os cuidados e, em particular, a formação das enfermeiras. Defendeu, na época, que todas as pessoas que pretendessem prestar cuidados de enfermagem deveriam possuir uma formação própria para esse efeito. Por isso, em 9 de Julho de 1860 inaugurou uma escola de enfermagem no *S. Thomas Hospital* (Londres). Este foi um passo enorme no processo de profissionalização das enfermeiras. A partir deste acontecimento, a formação em

enfermagem institucionalizou-se progressivamente; os programas de formação passaram a ser construídos em redor do papel ideológico da enfermeira e da moral dominante, saindo reforçada a identificação da prática dos cuidados com a enfermeira - auxiliar do médico. Esta enfermeira, auxiliar do médico, mantém, então, os valores morais e religiosos legados do passado - é obediente e, simultaneamente, sente-se fascinada pelo manuseamento de instrumentos e materiais decorrentes das tarefas delegadas pelo médico, sendo uma "prática" centrada no doente enquanto portador de uma doença.

Evolução dos conceitos de Enfermagem ao longo dos tempos

A partir da segunda metade do século XX, e como resultado de diversas circunstâncias, as enfermeiras deram início a um processo de afirmação da autonomia da enfermagem como disciplina e como profissão. Este processo, na opinião de Lopes (1999), será marcado pela dupla filiação conventual e médica e pela abertura a realidades teóricas decorrentes das ciências sociais e humanas.

A concepção da disciplina oferece, por um lado, uma visão mais específica do centro de interesse e caracteriza os cuidados à pessoa, à família ou ao grupo, e, por outro lado, guia a prática do enfermeiro, propondo formas de compreender e vivenciar essas práticas (Kérouac [et al.], 1996).

O processo de desenvolvimento da disciplina de Enfermagem foi também influenciado pela forma característica como em cada época se vê e se compreende o mundo. Esta forma particular de olhar o mundo é denominado de «paradigma».

Kérouac *et al.* (1996) propõe um entendimento da disciplina de enfermagem como o domínio da investigação e da prática de enfermagem, definido a partir da forma distinta de examinar os fenómenos à luz dos conhecimentos existentes em cada época. Conforme os tempos avançaram e os conhecimentos se desenvolveram também as concepções que orientaram a prática de enfermagem se alteraram. Pessoa, cuidados de enfermagem, a saúde e o ambiente têm sido os conceitos centrais usados para caracterizar a disciplina de enfermagem assumindo-se que, a partir da forma particular como os enfermeiros entendem estes conceitos, se pode clarificar o seu domínio

específico. O modo como estes conceitos têm sido entendidos, bem como a sua interligação, têm variado ao longo dos tempos. Para caracterizar os conceitos centrais, Kérouac *et al.* (1996) sugeriram a adopção, de acordo com a evolução das escolas de pensamento, de três paradigmas: Categorização, Integração e Transformação.

Cada um destes paradigmas foi cronologicamente localizado, de acordo com as ideias e os valores predominantes na época. Porém, esta distinção, que ilustra a evolução das orientações para a prática ao longo dos tempos, não significa que actualmente não co-existam ideias e tendências que derivem dos diversos paradigmas (Lopes, 1999). No Quadro 1 que se segue apresentam-se, de forma sucinta, as principais características de cada um dos diferentes paradigmas segundo Kérouac *et al.* (1996).

	CATEGORIZAÇÃO (séc. XVIII/XIX)	INTEGRAÇÃO (anos 50)	TRANSFORMAÇÃO (a partir dos anos 70)
Características	Fenómeno isolado do seu contexto (positivista)	Fenómeno em análise visto como multidimensional, no seu contexto específico (pós-positivista)	Fenómeno único, multidimensional, em interacção com tudo o que o rodeia; contemporâneo à abertura das fronteiras -culturais, económicas e políticas (comunicação e os meios de informação) (construtivismo)
Pessoa	É um todo, composto por partes que são separáveis e identificáveis (sobrevaloriza-se a dimensão biológica)	A pessoa ganha dimensões psico-socio-espiritual e cultural devido ao desenvolvimento das ciências sociais e humanas; a pessoa pode influenciar os factores preponderantes para a sua saúde.	A pessoa é única, indissociável, capaz de decidir pela sua saúde, co-responsável nos cuidados, estando em constante interacção com o ambiente (interno e externo). A pessoa evolui na procura de uma qualidade de vida que ela define de acordo com as suas capacidades e prioridades.
Saúde	Ausência de doença (a doença é uma disfunção física, independente do ambiente, da sociedade e da cultura)	Saúde assume-se como diferente de doença mas ambas coexistem em interacção dinâmica.	A saúde é um valor e uma experiência vivida, que engloba a unidade «ser humano-ambiente». A doença é entendida como fazendo parte da experiência de saúde.
Ambiente	O ambiente é distinto da pessoa, constituído por uma dimensão física, cultural e social, valorizado quando se torna hostil para o ser humano.	Diferentes contextos (político, histórico e social) onde a pessoa vive e se desenvolve.	O ambiente é o universo, sendo a pessoa parte integrante deste universo. Este é um paradigma influenciado pela teoria dos sistemas, em que o ser humano é entendido como um sistema composto por vários subsistemas em interacção permanente e sistemática.
Cuidados de enfermagem	Cuidados ligados à prática da medicina, orientados para o controlo da doença: cuidados médicos delegados e, essencialmente,	Os cuidados de enfermagem são centrados nas necessidades das pessoas, com o objectivo da manutenção da saúde da pessoa em todas as suas	Os cuidados visam o bem-estar tal qual a pessoa o define; intervir significa "estar com". A enfermeira e o cliente estabelecem parcerias de cuidados.

	prestados à tarefa.	dimensões. Surgiram nesta altura os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática de enfermagem e para orientar a formação e a investigação. No entanto, mantém-se a prestação de cuidados à tarefa.	

Quadro 1 - Paradigmas em enfermagem
(Kérouac [et al.], 1996)

A representação estrutural da realidade depende dos «olhos que a olham». Por isso, os diversos «olhares» traduzem as diferentes concepções daquilo que a enfermagem poderia, ou deveria, ser. Esta representação da realidade foi apelidada de modelo conceptual (Adam, 1994). Assim, dependendo do modo de olhar e interpretar a realidade emergiram um conjunto de escolas na procura de conceptualizar a Enfermagem enquanto disciplina de conhecimento. Podemos agrupar a conceptualização da disciplina de enfermagem, entretanto desenvolvida, em seis escolas: a das necessidades, a da interacção, a dos efeitos desejados, a da promoção da saúde, a do ser humano unitário e a do *caring* (Kérouac [et al.], 1996). As quatro primeiras são escolas cujo enquadramento conceptual se situa próximo do paradigma da integração (orientadas para a Pessoa). As duas últimas caracterizam-se por uma abertura para o mundo, enquadrando-se, por isso, no paradigma da transformação. Em seguida apresentamos as principais características de cada uma das escolas do pensamento.

1.1.4. Da necessidade de representar o conhecimento de Enfermagem

No âmbito da saúde importa que, em função do seu mandato social, as diferentes profissões sejam capazes de explicitar a natureza do seu contributo específico para a saúde das pessoas. Até porque, conforme adverte Plonski (2001), se socialmente não se justificarem os seus serviços, ou se não se derem provas da capacidade para os prestar, é admissível que, a curto prazo, se questione a razão da sua existência. De facto, num mundo de rápidas e complexas transformações, clarificar "*a base conceptual da disciplina profissional torna-se mais importante que nunca*" (Adam, 1984:14). Talvez por isso esta autora afirme que a distinção e a explicitação da «missão profissional» de enfermagem, a partir de uma base conceptual, é incontornável.

Alguns autores, nomeadamente Roy & Roberts (*cit. In* Adam, 1994), consideram que enfermagem será considerada disciplina, isto é, domínio de investigação numa perspectiva distinta e particular de encarar os fenómenos, quando tiver definido o corpo de conhecimento que lhe é próprio. Assim, face à complexidade crescente, é urgente definir com rigor a natureza do contributo efectivo da enfermagem (Adam, 1994).

A representação do conhecimento de enfermagem tem sido definida como o esforço para traduzir o modo particular como os enfermeiros descrevem e pensam em palavras que explicitem a natureza dos cuidados.

Nos últimos anos, em particular nas últimas três décadas, produziram-se grandes avanços na organização do conhecimento de enfermagem, já que organizar o conhecimento de enfermagem para efeitos da prática, da educação e da investigação, é uma responsabilidade profissional.

Organização do conhecimento: sistemas de classificação

O actual esforço para representar o conhecimento dos enfermeiros, na opinião de Hyslop (*cit. In* Goossen, 2000) reflecte-se no trabalho desenvolvido para estabelecer uma linguagem comum - uniformização da linguagem. Estas tentativas, contudo, não são recentes, bem pelo contrário, remontam a Florence Nightingale os primeiros ensaios para recolher e organizar dados.

Clark & Clark (1999) afirmam que é importante desenvolver uma linguagem que expresse conceitos de enfermagem. Por isso, para as mesmas autoras, é imprescindível que os enfermeiros decidam sobre a natureza das necessidades em cuidados e sobre o que podem realizar para lhes dar resposta; reflictam sobre os dados e as informações que valorizam e sobre os conhecimentos a que recorrem; e, ponderem sobre o enquadramento conceptual usado para organizar os dados e as informações e sobre o modo de representar o conhecimento.

Actualmente, a investigação sobre a linguagem de enfermagem e os sistemas de classificação, com o propósito de desenvolver uma classificação internacional para a prática de enfermagem, reflecte, também, o esforço para identificar e descrever a prática

de enfermagem, essenciais para apoiar o processo de enfermagem e desenvolver o conhecimento fundamentado na prática clínica (Pereira, 2001).

Para Pesut & Herman (1999), o conhecimento pode ser organizado em diferentes níveis: (1) nível individual (conhecimento sobre a prática que tem vindo a ser generalizado sob a forma de taxonomias); (2) nível da unidade de cuidados/instituição (documentar padrões e tendências dos cuidados de enfermagem na organização com o recurso a resumo mínimo de dados[9]); (3) nível do país (utilizado como contributo para a gestão de dados/informações de muitos sistemas).

Fitzpatrick (*cit. In* Goossen, 2000), indica que, tal como nas outras disciplinas, na formalização do conhecimento, os focos de interesse dos enfermeiros são descritos em diferentes níveis de abstracção. Importa, por isso, distinguir conceitos que, estando próximos, são distintos: dados, informação e conhecimento, na medida em que constituem representações simbólicas dos fenómenos que têm interesse para a enfermagem. Este autor refere-se aos *dados* como entidades discretas que descrevem objectivamente o objecto de atenção. A *informação* é entendida como os dados interpretados, estruturados ou organizados, tendo em vista o seu significado. *Conhecimento* é entendido como a informação sintetizada de forma a que as relações sejam identificadas e formalizadas (no caso do conhecimento de enfermagem, trata-se da combinação e da síntese dos dados dos clientes, das visões clínicas, das interpretações e dos domínios de conhecimento).

A estrutura do processo de agregação dos dados em informação e conhecimento estão intimamente ligados à prática de enfermagem. Efectivamente, o processamento e a gestão da informação no processo de cuidados recorre a estes três níveis de abstracção da realidade. Na prática, a combinação de algumas observações do paciente[10] (*dados*) e a análise do significado destes dados em função da situação particular (*informação*) pode dar indicações sobre os potenciais diagnósticos de enfermagem (*conhecimento*).

---

[9] O Resumo Mínimo de Dados (RMD) consiste numa série de variáveis com definições uniformes e categorias relativas às dimensões específicas de enfermagem que vão de encontro às necessidades de informação de múltiplos utilizadores dos dados (dos cuidados de enfermagem, do cliente e do serviço) no macro sistema de saúde (Wesley & Ryan, 1993).

[10] Apesar de preferirmos o termo cliente para referir o alvo individual dos cuidados do enfermeiro, no relatório usamos os termos paciente, utente, doente com significados semelhantes, de acordo com o termo usado pelos autores que estamos a fazer referência.

Segue-se uma procura adicional de dados e a sua interpretação (dados e informação) para confirmar, ou refutar, o hipotético diagnóstico de enfermagem (*decisão*). Com base nesta decisão as intervenções podem ser planeadas e executadas (*interacção*). Por fim, o seu impacto, bem como todo o processo podem ser avaliados (*resultado*). Durante a acção, isto é, enquanto presta os cuidados, o enfermeiro está constantemente a recolher e a analisar dados, integrando no processo nova informação.

Este processo não deve ser entendido como linear ou unidireccional. De facto, pode ser possível, em qualquer altura, voltar atrás, conforme se pode verificar na Figura 2, que procura ilustrar o processamento e a gestão de informação no processo de cuidados.

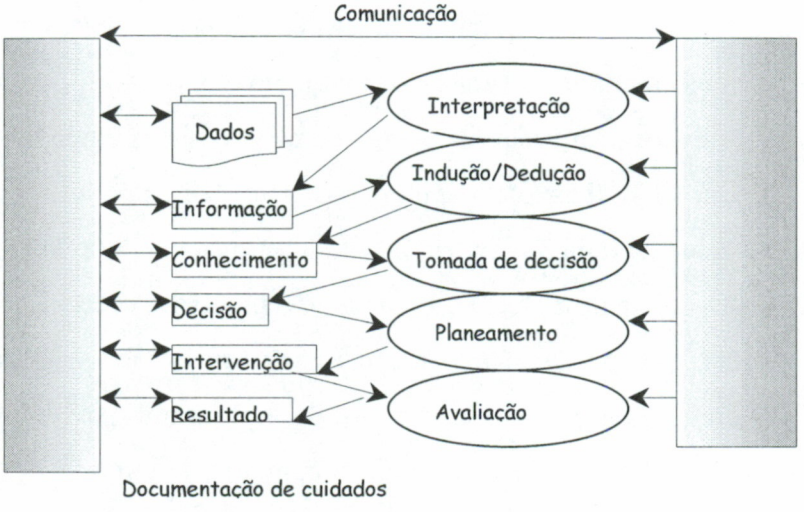
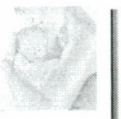


Figura 2 - Processamento e gestão da informação no processo de cuidados
(ADAPTADO DE GOOSSEN, 2000:18)

Goossen (2000) realça três aspectos na comunicação que se estabelece entre o paciente e o enfermeiro: (1) o estado de saúde do paciente e a prestação de cuidados, que são observados, documentados e comunicados continuamente (dados, informação, conhecimento, decisão, interacção, resultado); (2) os processos de pensamento (interpretação, indução/dedução, decisão, planeamento, avaliação); (3) as acções informativas e os diálogos (necessários porque o paciente precisa de, depois de informado, consentir os cuidados a serem prestados).

Pesut & Herman (1999) acrescentam ainda que dominar o conhecimento organizado nos sistemas de classificação reflecte o esforço para o desenvolvimento de conhecimentos basilares para os enfermeiros conceberem e reflectirem a sua prática. Por isso, conforme



advogam Henry & Constantino (1987), os sistemas de classificação constituem os «blocos de construção» que permitem transformar dados em conhecimento de enfermagem, daí que os enfermeiros sejam, também eles, trabalhadores do conhecimento (Pesut & Herman, 1999).

Cada classificação tem um objectivo diferente e usa critérios específicos na classificação dos itens que integram a taxonomia, sendo assim possível evoluir para distintos modos de classificar. Os itens assumem diferentes significados quando se utilizam critérios diferentes, sendo que o critério que se usa para classificar fornece o significado ao agrupamento do conjunto. Por isso, os sistemas de classificação são uma forma de combinar lógica com significado (Pesut & Herman, 1999).

1.2. Tomada de decisão e processo de enfermagem: a concepção dos cuidados

Pensar sobre o que pensamos, enquanto pensamos,
para pensarmos melhor
Richard Paul (1993)

Decidir é escolher, o que traduz um acto de liberdade. De facto, tal como afirma Silva "*a tomada de decisão refere o processo de escolha entre alternativas*" (2001:26). Por isso, a definição de um corpo próprio de conhecimentos permite aos enfermeiros saberem qual a parcela da realidade que está sob o seu cargo, por forma a assumir as responsabilidades que lhe são próprias e intransferíveis.

1.2.1. Processo de tomada de decisão

Silva (2001) afirma que a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar é imprescindível na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos que emergem da prática. De facto, pensar corresponde a uma actividade mental que utiliza como instrumentos: a concepção (formação de um conceito ou ideia através da abstracção e da denominação); o julgamento (afirmação da

relação entre dois objectos do pensamento); e o raciocínio (sistema de juízos em que as relações são ordenadas de modo selectivo em função de um problema específico).

Fases da tomada de decisão

Os enfermeiros necessitam a todo instante de tomar decisões para resolver problemas, até porque, como refere Silva "*mesmo não decidir é tomar uma decisão*" (2000:45).

Bandman & Bandman (1995) distinguem quatro etapas no processo de tomada de decisão: (1) reconhecer e definir o problema; (2) reunir informação relevante; (3) conceber possíveis conclusões; (4) testar e avaliar conclusões.

Reconhecer e definir o problema é fundamental enquanto primeira abordagem para a sua resolução, já que os problemas que não se identificam não podem ser resolvidos. Por outro lado, o equívoco na identificação do problema pode conduzir a decisões erradas e, consequentemente, à não solução efectiva do problema. É evidente que a definição e a compreensão do problema só é possível através de uma adequada interpretação dos dados e das informações referentes a cada situação, assim como da sua análise cuidadosa.

Para tornar efectiva a identificação da situação é necessário, antes de mais, seleccionar os dados e as informações disponíveis e relevantes para que se consiga a melhor decisão.

Depois de reunida a informação e aferida a sua adequação e validade, é possível realizar inferências com grande probabilidade de certeza. Esta fase corresponde à etapa em que se procura inferir e testar possíveis "conclusões"- hipóteses de solução. As conclusões, enquanto resultado de um processo de raciocínio, implicam que a validade e a adequação dos argumentos usados sejam avaliados criticamente como fundamento para decisões fiáveis. De facto, é importante escolher as soluções passíveis de serem postas em prática.

Após a avaliação crítica de cada uma destas fases, a decisão emerge como uma consequência óbvia e inevitável.

1.2.2. A concepção dos cuidados de enfermagem

A tomada de decisão é uma parte fundamental na resolução de problemas. De facto, a tomada de decisão dos enfermeiros caracteriza-se por estar orientada para a resolução de problemas relacionados com os aspectos de saúde relativos ao ser humano e/ou ao ambiente, onde aquele se desenvolve, tendo em conta os contextos de acção e a concepção de cuidados. Neste quadro, exige-se aos enfermeiros clareza na identificação das situações que requerem a sua intervenção, bem como aptidão para encontrar a melhor e mais adequada solução para o problema, ou seja, a melhor decisão (Jesus, 1999).

O Decreto-Lei n.º 104/98, de 22 de Abril que aia a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto, refere, no seu artigo 79º, que o enfermeiro assume a responsabilidade pelas decisões que toma. De facto, as decisões dos enfermeiros afectam, de algum modo, a vida das pessoas. Assim, as decisões profissionais devem ser guiadas por um raciocínio singular que reflicta o compromisso de ajudar as pessoas no seu contexto de vida, na busca sistemática da qualidade e da excelência (Alfaro-LeFevre, 1996). Por isso, Paul & Heaslip (1995) afirmam que uma "boa prática - intuitiva, reflectida, com consciência crítica - exige decisões de qualidade". Deste modo, o **processo de enfermagem** enquanto instrumento conceptual" (Phaneuf, 2001:93) orientador da prática profissional que ajuda a identificar as necessidades em cuidados de enfermagem (diagnosticá-las), promove nos enfermeiros a reflexão[11], a tomada de decisão e a intervenção.

1.2.3. O processo de enfermagem: orientação para a tomada de decisão

O processo de enfermagem, ao fornecer a base para a tomada de decisão dos enfermeiros, "ensina a pensar como enfermeiro", isto é, o processo de enfermagem, enquanto estrutura para o processo de pensamento, orienta para o que observar, para que dados/informações valorizar, para o que distinguir, para as intervenções a definir e a

[11] Entendida como a forma de conhecer aquilo que se está a pensar (o conteúdo do pensamento), como se está a pensar (o processo de pensamento) e por que se está a pensar (as premissas do pensamento).

priorizar e para o que avaliar. Deste modo, inerente ao processo de tomada de decisão do enfermeiro está a formulação de juízos acerca da necessidade de cuidados e a escolha das melhores intervenções para se obterem os melhores resultados.

A prática do processo de enfermagem exige uma observação precisa, um raciocínio sólido, um julgamento clínico perspicaz e excelente (*phronesis*) e, ainda, capacidades de planeamento e de implementação rigorosas (Benner, 2001). Como salienta Phaneuf, a sua aplicação pressupõe o "*desenvolvimento pessoal ligado às capacidades de observação, de intuição, de raciocínio indutivo e dedutivo, de tomada de decisões e de auto afirmação numa perspectiva de responsabilidade*" (2001:108). Por isso, de algum modo, a aplicação do processo de enfermagem no desempenho profissional reflecte o compromisso do enfermeiro para com a profissão.

O processo de enfermagem: definição

As primeiras menções ao processo de enfermagem remontam aos anos cinquenta do século XX. Nessa altura, apenas com três fases - avaliação inicial, planeamento e avaliação - foi apresentado como um processo rigoroso de recolha e análise dos dados relevantes para os enfermeiros (Doenges & Moorhouse, 1992:2). Contudo, somente no início dos anos setenta é que o processo de enfermagem foi assumido como um dos fundamentos da concepção dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2001).

O processo de enfermagem é hoje considerado, antes de mais, como uma "*actividade intelectual deliberada, que permite uma abordagem ordenada, activa e sistematizada da prática*" (Paul & Reeves, 1993:21), que suporta a concepção de cuidados. Entendido por Doenges & Moorhouse como "*um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao doente*" (1992:vii), de modo a maximizar os recursos pessoais e externos, optimizar o seu estado de bem-estar e de independência dos clientes e de assegurar a continuidade dos cuidados, bem como a coordenação do trabalho de equipa (Phaneuf, 2001).

Etapas do processo de enfermagem

Phaneuf afirma que o processo de enfermagem é "*um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada*" (2001:92). De acordo com etapas do processo de enfermagem, o enfermeiro recolhe e interpreta os dados, identifica problemas/necessidades (diagnósticos de enfermagem), estabelece objectivos (resultados esperados) e escolhe as intervenções, de acordo com as prioridades. Estas operações implicam decisões e demandam perícias que concretizam o pensamento crítico e as competências, que se inter-relacionam num ciclo contínuo de pensamento e acção (Phaneuf, 2001; Doenges & Moorhouse, 1992).

O processo de enfermagem, actualmente constituído por cinco fases, é um processo dinâmico e contínuo, no qual as etapas se sucedem e, por vezes, se sobrepõem (Phaneuf, 2001). Sendo um processo dinâmico e cíclico, cada etapa do processo de enfermagem vai inevitavelmente depender do rigor imposto na etapa anterior (Alfaro-LeFevre, 1996). Assim, a sua sistematização constitui um mero exercício académico (Figura 3).

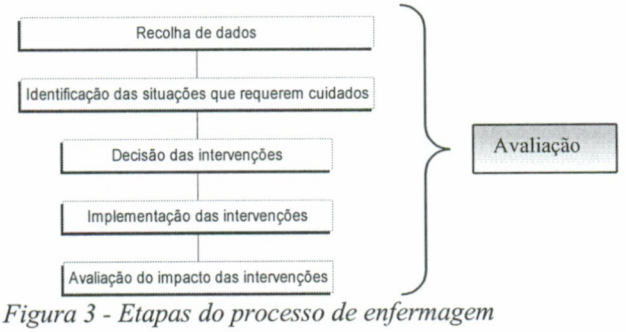


Figura 3 - Etapas do processo de enfermagem

Phaneuf (2001) refere que em cada uma destas etapas é dado um passo no processo de cuidados. A recolha de dados é caracterizada pela procura sistemática de dados/informações sobre as condições de saúde da pessoa, relevantes para a prática de enfermagem. A identificação das necessidades em cuidados, decorrente da análise e interpretação dos dados coligidos, corresponde ao processo de inferência do(s) diagnóstico(s) de enfermagem. Segue-se a fase de decidir sobre as intervenções adequadas (planear), tendo em conta as prioridades e os objectivos e a sua

implementação (executar) de acordo com o plano de acção traçado. Todo este processo é submetido a avaliação quer do resultado quer de cada etapa *per si*.

No contexto da identificação das necessidades em cuidados, emergem duas etapas fundamentais: a ***recolha de dados*** e o ***diagnóstico***, às quais daremos particular destaque.

Recolha de dados

Para decidir é necessário conhecer os dados/informações que caracterizam uma dada realidade. A recolha destes dados/informações é designada por muitos autores, como avaliação inicial. A avaliação inicial constitui o primeiro passo do processo de enfermagem e é a partir dela que, sequencial, ou simultaneamente, derivam todos os outros.

Para Doenges e Moorhouse (1992), a fase de avaliação inicial engloba três actividades: a recolha e a interpretação sistemática de dados/informações; a sua organização; e, a documentação. Os dados/informações recolhidos podem ser obtidos através da entrevista (essencialmente dados subjectivos), da observação do comportamento e do exame físico (essencialmente dados objectivos) e ainda de outras fontes como exames laboratoriais e processo clínico (por exemplo, diagnóstico médico).

Doenges & Moorhouse (1992) referem que para a recolha de dados importa salientar a importância dos conhecimentos e das habilidades do enfermeiro, já que o sucesso desta operação depende, tanto das estratégias usadas para os recolher, como da capacidade para lhes conferir significado e, ainda, da habilidade para priorizar a informação. Para estas mesmas autoras, quanto mais conhecedor o enfermeiro for, maior a possibilidade de formular perguntas pertinentes; quanto melhor ouvinte for, maior a eficácia na apreensão do significado; e quanto mais sensível for, maior e melhor será a capacidade de detectar as relações entre os dados recolhidos e mais rigorosa será a avaliação.

Depois de recolhidos os dados, estes são organizados de forma concisa e sistemática, sendo agrupados em categorias semelhantes, de modo a viabilizar a inferência dos diagnósticos de enfermagem (Phaneuf, 2001).

Diagnóstico

Efectivamente, os enfermeiros só podem dar resposta às necessidades em cuidados dos doente, se as identificarem. Por isso, diagnosticar, constitui uma actividade quotidiana do enfermeiro, que se caracteriza por ser um processo de análise e interpretação dos dados com vista a identificar os factores que influenciam o estado de saúde. Para Doenges & Moorhouse (1992), diagnosticar é conseguir elaborar uma conclusão, traçada a partir dos dados coligidos sobre o cliente, sendo da responsabilidade do enfermeiro a sua resolução e os resultados conseguidos. Esta «conclusão» é designada por ***diagnóstico de enfermagem***.

São diversos os autores que apresentam definição de diagnóstico de enfermagem tendendo, na generalidade, para a partilha do mesmo significado:

> *"designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem"* (CIPE®, 2000:xiii);
>
> *"um julgamento clínico sobre respostas individuais, familiares e comunitárias a problemas de saúde/de vida reais e potenciais"* (NANDA);
>
> *"juízos clínicos que descrevem o estado da pessoa ou de um grupo em reacção a um problema de saúde. Provém de um processo deliberado e sistemático de colheita e de análise de dados que serve de base à prescrição de intervenções autónomas situadas no campo das responsabilidades dos enfermeiros"* Grodin *et al.* (1992:2);
>
> *"enunciado de um julgamento clínico sobre as reacções aos problemas de saúde presentes e potenciais, aos processos de vida de uma pessoa, de uma família ou de uma colectividade. Os diagnósticos de enfermagem servem de base para escolher as intervenções de cuidados visando a obtenção dos resultados de que a enfermeira é responsável"* Phaneuf (2001:190).

Parece pacífico, entre os diversos autores, que o diagnóstico de enfermagem resulta de um processo mental intencional, designado por julgamento clínico, que determina o processo de cuidados, pelo qual o enfermeiro é o primeiro responsável.

Para Doenges & Moorhouse (1992) diagnosticar é fundamental para o processo de cuidados porque, por um lado, a identificação rigorosa do diagnóstico permite estabelecer os objectivos da assistência de enfermagem e os padrões de excelência para a prática e, por outro lado, o simples facto de existirem, serve de pretexto para o desenvolvimento de uma linguagem comum que promove, necessariamente, a comunicação entre os enfermeiros.

Processo diagnóstico - julgamento clínico

O processo diagnóstico constitui um modo organizado de pensar, a partir dos dados/informação, nas hipóteses de diagnósticos de enfermagem e na sua posterior aceitação, ou rejeição. Conforme advoga Phaneuf (2001), o processo intelectual que determina o diagnóstico de enfermagem desenvolve-se em duas etapas: a percepção da situação/problema e a análise dos dados/informação recolhida.

Em simultâneo com o processo de recolha de dados estabelecem-se relações entre os dados e procede-se ao seu agrupamento, através da sua valorização selectiva. Com base nos conhecimentos e na concepção dos cuidados do enfermeiro, as indicações e as inferências enformam/orientam a interpretação dos dados.

Nesta fase emergem as hipóteses de construção de diagnósticos de enfermagem. Os dados são revistos e validados num processo contínuo que visa garantir o valor do seu teor. Através deste procedimento procura-se evitar a ocorrência de erros por omissão ou inconsistência nos dados (validar) e afastar a possibilidade de inferências ou conclusões erradas capazes de viciar o processo de cuidados logo à partida. Estas etapas são designadas por Iyer *et al.* (1993) por processamento dos dados, formulação do diagnóstico e confirmação. Este exercício intelectual é apelidado por Doenges & Moorhouse (1992) como pensamento crítico.

A interpretação dos dados/informação e o enunciado do diagnóstico constituem um processo complexo. Todavia, conforme advoga Benner (2001), à medida que aumenta o conhecimento, que melhoram as habilidades e se acumula a experiência do enfermeiro,

maior é o rigor imprimido nos seus julgamentos clínicos. Iyer *et al.* (1993) adverte para a possibilidade deste processo poder ser influenciado por algumas circunstâncias nomeadamente: (1) dados incompletos ou imprecisos; (2) interpretação inexacta e/ou precoce dos dados; ou (3) falta de conhecimento e/ou experiência. Como consequência, o diagnóstico de enfermagem pode ser inadequadamente identificado podendo, por essa via, comprometer o contributo da enfermagem para a satisfação das necessidades em cuidados.

1.3. CIPE®: uma linguagem para a descrição dos cuidados de Enfermagem

O que não formos capazes de nomear, não seremos capazes de controlar, ensinar, investigar, financiar nem incluir nas políticas de saúde.

Norma Lang

Definir e ampliar o corpo de conhecimentos dos enfermeiros não pode ser deixado ao acaso ou construído por tentativa-erro (Adam, 1994), constituir o corpo de conhecimentos deve, antes, ser um processo intencionalmente concebido a partir dos dados da realidade. Ao nomear a realidade, isto é, ao identificar os conceitos próprios da disciplina encontram-se as palavras para descrever a prática de cuidados. Assim, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) emerge como um esforço internacional dos enfermeiros para explicitarem as palavras que lhes permitam «dizer o que enfermagem é...».

A linguagem de enfermagem, tal como acontece noutras disciplinas, é especializada e deve, também à semelhança destas, desenvolver um vocabulário próprio para comunicar os seus conhecimentos particulares. Aliás, Watson lembra-nos que sem uma linguagem própria "*não existimos*" (1996:155).

A construção de uma linguagem que possa ser partilhada por todos os enfermeiros já é uma questão antiga. Não admira assim que a uniformização da linguagem seja uma questão recorrente na literatura de enfermagem (Jones, 1997; Keenan & Aquilino, 1998; Maas, 1985; Mccloskey & Bulechek, 1994; Mccormick, 1991; Zielsttorff, 1994).

Johnson (2001:3) aponta como propósitos de uma linguagem comum: (1) fornecer uma linguagem para os enfermeiros comunicarem entre eles, com outros profissionais e com o público; (2) permitir a recolha e a análise da documentação de enfermagem, dando informações sobre o seu contributo para os cuidados de saúde; (3) facilitar a avaliação e a melhoria dos cuidados de enfermagem; (4) promover o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem; e, (5) facilitar o ensino da tomada de decisão.

Outro lado da questão da linguagem comum passa pela necessidade de comunicar os cuidados. Doenges & Moorhouse (1992) reforçam a ideia de que a comunicação efectiva dos cuidados é elementar para se atingir a excelência. De facto, o exercício profissional de enfermagem é indissociável dos conteúdos informativos, na medida em que estes asseguram a comunicação entre os enfermeiros nos diferentes contextos de trabalho e fornecem informações sobre o processo de cuidados e o seu impacte a diferentes níveis.

Assim, o enfermeiro usa palavras (termos), e os respectivos significados, para descrever os elementos da sua prática. Quando estes termos são uniformizados entre os enfermeiros, passam a constituir um vocabulário, ou uma nomenclatura, que pode ser utilizado para descrever a prática de enfermagem.

São essencialmente duas as estratégias usadas pelos enfermeiros para comunicar os cuidados: a documentação (relatos escritos) e a comunicação oral (relatos orais).

Vários autores referem que registar no conjunto de documentos[12] os aspectos de saúde e os cuidados prestados é determinante, nomeadamente porque: (1) permite comunicar a informação necessária à equipa de cuidados; (2) demonstra as áreas de responsabilidade dos enfermeiros; (3) constitui um documento legal; (4) facilita a continuidade dos cuidados; (5) fornece os pretextos para investigar; e, (6) é um instrumento passível de ser usado para avaliar a qualidade dos cuidados (Phaneuf, 2001).

Hesbeen afirma que registar resulta de uma escolha "*reflexo de uma determinada filosofia, de uma certa representação dos cuidados*" (2001:142). Sendo resultado de

[12] Documentos são entendidos como a colecção de impressos com uma estrutura pré-definida.

uma escolha, constitui um exercício particularmente difícil para os enfermeiros. Na opinião do mesmo autor, entre muitas outras razões, que poderão estar na base da dificuldade de seleccionar o que documentar, está a incongruência entre os modelos organizacionais que vigoram nas instituições de saúde, os modelos conceptuais que orientam a prática e a autonomia efectiva dos enfermeiros. Este autor afirma, ainda, que as instituições de saúde tendem a valorizar as intervenções iniciadas pelos médicos e, por isso, o papel que os enfermeiros assumem orienta-se frequentemente para o cumprimento das prescrições dos médicos, enquanto que os modelos conceptuais de enfermagem tendem a valorizar a concepção de cuidados (processo de enfermagem), dando orientações sobre como olhar a realidade na condição de enfermeiro.

Hesbeen (2001) refere-se aos registos como interessantes e surpreendentes. Interessantes, porque são prova de uma actividade reflexiva e de um desejo de organização e de profissionalização. Surpreendentes, porque resultam da intenção de melhorar a qualidade de cuidados.

Os registos de enfermagem entendidos por Silva como "*narrações de eventos relevantes escritos pelos enfermeiros em modelos próprios*" (1995:17), devem traduzir a tomada de decisão nas diferentes fases do processo de enfermagem. O enfermeiro, para Silva (1995) deve «pôr em comum» a informação relevante que determina o seu raciocínio, desde a avaliação inicial, passando pela identificação das situações que requerem cuidados, os resultados esperados, o planeamento das intervenções de enfermagem, a execução dos cuidados, até à avaliação da eficácia/eficiência dos cuidados prestados. Para o mesmo autor, as dimensões, as subdimensões e os critérios de documentação são as que constam no Quadro 2.

Dimensões	Subdimensões	Critérios de documentação
Processo de enfermagem	Avaliação inicial	
	Diagnósticos de enfermagem	
	Critérios de resultado	
	Prescrições de enfermagem	
	Execução	Registo de execução dos cuidados Registo de "não execução" dos cuidados prescritos Registo de justificação da "não execução" dos cuidados prescritos
	Avaliação	Registo dos resultados obtidos Registo de alterações ao planeado

Quadro 2 - Dimensões, subdimensões e critérios de documentação de cuidados de enfermagem (Adaptado de Silva, 1995)

Além do relato por escrito, no final de cada turno é partilhado um conjunto de informações que visa pôr em evidência os elementos essenciais sobre a evolução do estado da pessoa, sobre o que foi concretizado, bem como as justificações da não realização (Phaneuf, 2001). Magalhães (1999) reitera que o momento da passagem de turno assume contornos interessantes no confronto entre a comunicação construída na oralidade e os registos, pois há, como refere, «*coisas que os registos não dizem...*». Para esta autora, na comunicação escrita predomina a linguagem de prescrição, enquanto que na oralidade prevalece a construção de uma linguagem onde se partilham os dados/informações considerados relevantes para a continuidade dos cuidados.

1.3.1. Resenha histórica: a concepção da CIPE®

As tentativas para estabelecer uma linguagem de enfermagem comum não são recentes. As primeiras tentativas para estabelecer uma linguagem comum entre os enfermeiros tiveram lugar nos Estados Unidos da América, em grande parte determinadas por circunstâncias particulares nomeadamente: imperativos de pagamentos e financiamentos dos cuidados de saúde; processos de acreditação relacionados com a educação em enfermagem; e, conflitos judiciais.

Enfermeiras como Roy, Henderson, Gordon, entre outras, constataram que os modelos teóricos não eram, naquele particular, eficazes e começaram a defender a ideia da necessidade de classificar e homogeneizar os problemas de saúde que requeriam cuidados de enfermagem. Em resultado deste trabalho conjunto acabaram por emergir, ao longo das décadas seguintes, três classificações: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) - classificação de diagnósticos de enfermagem; Nursing

Interventions Classification (NIC) - classificação de intervenções de enfermagem; e, Nursing Outcomes Classification (NOC) - classificação de resultados de enfermagem.

Também o CIE, em 1989, em Seul, veiculou a preocupação com a inexistência de uma linguagem comum. Nesta reunião foi discutida e aprovada uma resolução no sentido de se envidarem esforços tendentes ao desenvolvimento de uma classificação internacional de enfermagem, numa tentativa de partilhar, efectivamente, os conceitos que descrevem a realidade da prática dos enfermeiros.

Clark (1998) afirma que os objectivos deste projecto centravam-se no desenvolvimento de um vocabulário estandardizado e na classificação dos aspectos relevantes para a prática, das intervenções e dos resultados de enfermagem, que pudessem ser usados para descrever, numa linguagem comum, os cuidados de enfermagem numa variedade de locais, de tal modo que pudessem ser comparados em diferentes serviços e através dos tempos.

Como resultado das iniciativas do CIE, surge em 1996, a primeira versão (versão *alfa*) da ICNP®/CIPE®, mais tarde, em 1999, apresentada a sua versão beta. Esta classificação é constituída por um conjunto de termos e expressões aplicáveis em todos os contextos da prática, ou seja, um conjunto de palavras significativas que permitem descrever os cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem, os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, fornecendo, por esta via, um guia definidor da natureza dos cuidados de enfermagem.

Foram estabelecidos como objectivos da CIPE®: (1) descrever a prática de enfermagem; (2) fornecer informação para a tomada de decisão; (3) comparar dados de enfermagem; (4) demonstrar tendências de enfermagem; e, (5) estimular a investigação.

Para a implementação, validação e refinamento da classificação, o Conselho Internacional de Enfermeiras estabeleceu alguns critérios, dos quais importa destacar (ICN, 1999):

- deve desenvolver-se com componentes específicos de enfermagem - nomeadamente fenómenos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem;

- deve obter reconhecimentos nacionais e internacionais pelas comunidades de enfermeiros;
- deve assegurar-se que a ICNP®/CIPE® é compatível com as classificações aprovadas pela OMS, concordantes com as normas ISO e com as normas definidas pelo European Committee for Standardization;
- deve promover-se a utilização da ICNP®/CIPE® a nível das bases de dados nacionais;
- devem ser estabelecidos resumos mínimos de dados de enfermagem (RMDE) que modelos que incorporem a ICNP®/CIPE®;
- deve ser suficientemente abrangente para servir múltiplas utilizações;
- deve ser suficientemente simples para ser útil aos enfermeiros na prática;
- deve ser consistente com os modelos teóricos, mas não dependente destes modelos;
- deve ser sensível à diversidade cultural;
- deve reflectir os valores comuns da enfermagem em todo mundo (*ICN code*).

A CIPE® procura ser reflexo da concepção de Enfermagem adoptada pelo CIE:

> "*A enfermagem, como parte integrante do sistema de cuidados de saúde, engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas de todas as idades com doença física, doença mental ou deficiência, em todas as organizações de cuidados de saúde e noutros locais da comunidade. De entre a amplitude dos cuidados de saúde, o fenómeno que mais importa aos enfermeiros é a resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais de indivíduos, famílias e grupos. As respostas humanas a estes problemas variam grandemente, desde reacções de recuperação da saúde perante episódios individuais de doença, ao desenvolvimento de políticas de promoção de saúde de uma população*" (CIPE®, 2000:xi).

1.3.2. Componentes da CIPE®

A CIPE® está organizada em duas classificações: a classificação dos fenómenos de enfermagem e a classificação das acções de enfermagem que permitem descrever a prática de enfermagem.

A classificação dos fenómenos organiza os aspectos de saúde com relevância para a prática de enfermagem (fundamentais para a designação dos diagnósticos de enfermagem). Esta classificação está organizada em oito eixos: foco da prática, juízo, frequência, duração, topologia, localização anatómica, probabilidade e portador.

A classificação das acções organiza os comportamentos do enfermeiro na prática, fornecendo os conceitos necessários para a designação da intervenção de enfermagem (acção realizada em resposta a um diagnóstico com vista a conseguir um resultado esperado). Esta classificação está organizada em oito eixos: tipo de acção, alvo, recursos, tempo, topologia, localização, via e beneficiário.

Justificada pelos contextos do estudo daremos realce particular à Classificação dos Fenómenos de enfermagem, nomeadamente à sua arquitectura e aos princípios de divisão.

Classificação dos fenómenos de enfermagem

A ICNP®/CIPE® foi construída com base nas regras da classificação dos conceitos a partir das relações genéricas, isto é, os conceitos estão organizados numa hierarquia na qual cada termo subordinado está relacionado com o termo superior - o género, pelo princípio de divisão, e é distinto dos outros termos do mesmo nível, pelas suas características específicas - a espécie (Clark, 1998). A definição de conceitos pelo método de definição por género e espécie permite distinguir um conceito, especificando a classe principal de objectos à qual pertence e as características que o distinguem de todos os outros membros da classe. Os conceitos são classificados por ordem crescente, isto é, o género é entendido como termo superior e a espécie como termo inferior (subordinado), criando uma relação hierárquica entre os conceitos. Desta forma, pode-se considerar que existe relação genérica entre os conceitos já que o conceito subordinado possui todas as características do conceito de ordem superior e, pelo menos, uma

característica diferenciadora (Nóbrega & Gutièrrez, 2000). Assim, é possível considerar que a ICNP®/CIPE® foi intencionalmente concebida como um sistema holístico de conceitos sistematicamente interrelacionados e definidos em função uns dos outros (ICNP®/CIPE® versão alfa, 1999).

Ao subdividir um conceito, *o género*, noutros conceitos, *as espécies*, utilizando para tal as características identificadoras e mantendo as relações genéricas entre eles, a figura resultante é semelhante a uma pirâmide. Esta pirâmide ganha forma pela organização e classificação dos conceitos interrelacionados. No entanto, construir pirâmides, à semelhança da construção das pirâmides do antigo Egipto, é uma tarefa imensa e à qual se associa a ideia de algo que perdura no tempo. Por isso, o termo "*pirâmide conceptual*" tornou-se sinónimo do termo "*classificação*".

Princípios de divisão

Cada classificação constitui uma hierarquia de conceitos baseada no mesmo princípio de divisão, por isso, o modo de classificar algo é frequentemente chamado de eixo dessa classificação. Os princípios de divisão correspondem aos interesses e aos critérios que fundamentam e justificam a organização dos conceitos. Na teoria das classificações, a resposta à questão "*qual o propósito desta classificação*?" é dada pelo tipo de características seleccionadas ou seja, pelo princípio de divisão usado (ICNP®/CIPE® *versão alfa*, 1999). As divisões de uma classificação devem ser justificáveis em cada etapa, de modo a obter apenas um princípio organizador da classificação como um todo.

Termo de topo: fenómeno de enfermagem

A escolha do termo de topo e do princípio de divisão é de particular importância quando se desenvolve uma classificação para a prática de enfermagem principalmente porque, em enfermagem, não existe paralelismo aos termos doenças, deficiência, incapacidade, etc. A importância atribuída à escolha do termo de topo justifica-se por duas ordens de razão. Primeiro, porque o termo de topo responde à questão «*sobre o que é esta classificação?*»; e segundo, porque a escolha de um princípio de divisão para o termo de topo responde à questão «*de acordo com o quê esta classificação está organizada*?»

Diagnóstico de enfermagem foi um termo pensado como possível para termo de topo da classificação. Foram essencialmente três as razões pelas quais este termo foi rejeitado como termo de topo. Em primeiro lugar, porque este termo indica tanto o processo como o resultado para identificar uma condição de saúde, já que diagnosticar refere-se não só à actividade mental e a aspectos linguísticos dos profissionais como às condições de saúde. Em segundo, o termo diagnóstico de enfermagem tem, de algum modo, uma conotação de condição de saúde negativa. E, em terceiro lugar, porque parece ser mais aplicado quando se refere às condições de saúde do cliente do que a aspectos relativos ao ambiente. Assim, o termo *fenómeno de enfermagem* emerge como termo de topo.

Sob a significação de «*o que pode ser observado*», e sem paralelismo com «doença», o conceito *fenómeno de enfermagem* define uma condição de um determinado indivíduo/família/comunidade, sem incorrer à partida numa terminologia cuja significação comporte um teor negativo. Surge então um conceito inovador, não limitador do "olhar" sobre a prática, de fenómeno de enfermagem: *"factor que influencia o estado de saúde e que é relevante para a prática de enfermagem"* (CIPE®, 2000:xiii).

Da subdivisão de fenómeno de enfermagem emergem, pela necessidade de apreensão, os aspectos da realidade a que o enfermeiro está atento. Por isso, a classificação deve reflectir os interesses do «construtor», interesses esses que enformam os princípios de divisão e as subdivisões. Qual será, então, o(s) princípio(s) de divisão para organizar esta realidade, isto é, para classificar os fenómenos de enfermagem?

No que concerne ao princípio de divisão (*fundamentum divisionis*) dos fenómenos de enfermagem, muitas das subdivisões são fundamentadas na "tradição" de organização de conceitos da prática de enfermagem. Porquê a "tradição"? Porque a primeira versão da ICNP®/CIPE® - a versão alfa foi, essencialmente, construída a partir de conceitos já existentes na prática de enfermagem nos diferentes países mas organizados de acordo com uma arquitectura inovadora. Por isso, a ***prática de enfermagem*** é, em última análise, o princípio de divisão das subdivisões dos fenómenos de enfermagem.

Os diferentes interesses desta classificação revelam-se nos diferentes eixos da ICNP®/CIPE®, que emergem de diferentes modificações ou qualificações do termo de topo - fenómeno de enfermagem. São eles:

- *Foco da prática de enfermagem*: área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem. Por exemplo: trabalho de parto, papel maternal, amamentar.
- *Juízo*: opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenómeno de enfermagem.
- *Frequência*: número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de enfermagem durante um intervalo de tempo. Exemplo: intermitente, frequente.
- *Duração*: intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem. Exemplo: agudo, crónico.
- *Topologia*: região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem. Exemplo. Direito, parcial.
- *Localização anatómica*: posição ou localização no organismo de um fenómeno de enfermagem. Exemplo. Útero, abdómen.
- *Probabilidade*: possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem. Exemplo: risco, oportunidade.
- *Portador*: entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem. Exemplo: indivíduo, família, comunidade.

A designação destes diferentes eixos representam as designações dos princípios de divisão para as próximas subdivisões. De facto, os eixos permitem o desenvolvimento da especificidade (Carpenito, 1997). Dados os contextos do estudo centraremos a nossa atenção em particular na ***classificação dos focos da prática de enfermagem.***

Classificação dos focos da prática de enfermagem

Para os propósitos de desenvolvimento da ICNP®/CIPE®, as áreas de atenção dos enfermeiros têm sido explicadas e organizadas tomando por referência conceptual um modelo descrito por Blois (1984). Este modelo descreve a estrutura da realidade em diferentes níveis. A Figura 4 procura apresentar os diferentes níveis da realidade segundo esse modelo (CIE, 2000).

+3 - A sociedade, estruturas económicas e políticas
+2 - A comunidade
+1 - A família
0 - O cliente como agente individual e intencional
-1 - Sensações dos indivíduos
-2 - O cliente como um corpo total
-3 - Partes principais do corpo do cliente
-4 - Sistemas fisiológicos
-5 - Parte de um sistema ou órgão
-6 - Parte de um órgão ou tecido
-7 - Células
-8 - Partes de célula
-9 - Macromoléculas
-10 - Micromoléculas
-11 - Átomos ou iões

Figura 4 - Níveis de descrição da realidade
(MODELO DE BLOIS MODIFICADO *IN* CIE VERSÃO ALFA, 2000)

O modelo descrito por Blois ao apontar distintos níveis de abstracção da realidade permite clarificar o nível de abstracção da realidade sensível aos cuidados dos enfermeiros. A título de exemplo, podemos referir que o nível -5 (*parte de um sistema ou órgão*) e níveis inferiores são, por tradição, considerados da responsabilidade da medicina. Os níveis superiores a este nível são consideradas áreas de atenção dos enfermeiros.

Assim, ***foco da prática de enfermagem*** foi definido como *área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem* (CIPE®, 2000:xiii). O foco de atenção tem sido usado como o princípio de divisão que organiza toda a classificação dos focos da prática de enfermagem.

Assumindo a existência de diferentes níveis de descrição da realidade, e tomando por princípio de divisão o foco de atenção, a primeira grande subdivisão da classificação

dos focos da prática aponta para duas principais áreas de atenção dos enfermeiros - fenómenos que pertencem ao *Ser humano* e fenómenos que pertencem ao *Ambiente*.

A subdivisão *Ser humano* engloba todos os focos da prática que dizem respeito a "*qualidades da espécie humana relevantes para a prática de enfermagem*" (CIPE®, 2000:20), enquanto que a subdivisão *Ambiente* engloba todos os focos da prática que digam respeito às "*condições ou influências sob as quais o ser humano vive e se desenvolve*" (CIPE®, 2000:72).

Da dimensão *Ser humano* emergem duas subdivisões: uma que diz respeito às "*qualidades e características intrínsecas de um ser humano que o distinguem de um grupo de seres humanos*" - *Indivíduo* (CIPE®, 2000:20), e outra que se refere a atenção ao "*conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo, vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações*" - *Grupo* (CIPE®, 2000:69).

A dimensão *Indivíduo*, subdivisão do *Ser humano*, individualmente considerado de acordo com a área de atenção do enfermeiro, subdivide-se em: *Função* e *Pessoa*. A divisão entre o nível *Função* e *Pessoa* é crucial para o entendimento da lógica da classificação. Esta subdivisão permite olhar para o *Indivíduo* de dois modos: por um lado "*como um agente intencional que realiza acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos do ser humano individual, isto é, a racionalidade*" - *Pessoa* (CIPE®, 2000:47), e, por outro, olhar o *Indivíduo* como conjunto de partes - órgãos, sistemas, etc., enquanto processos não intencionais - *Função*. Esta dimensão é definida como um "*processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível*" (CIPE®, 2000:20).

As acções/comportamentos de cada *Pessoa* podem ser compreendidos e explicados por via das razões baseadas em crenças, desejos e racionalidade - *Acção*, bem como as *Razões para acção*, condicionadas pela matriz individual de crenças e desejos (*Autoconhecimento* e *Autoconceito*), sendo ambos, acção e razões para acção, entendidos como focos de atenção dos enfermeiros.

A Figura 5 apresenta estes diferentes domínios da classificação dos focos da prática.

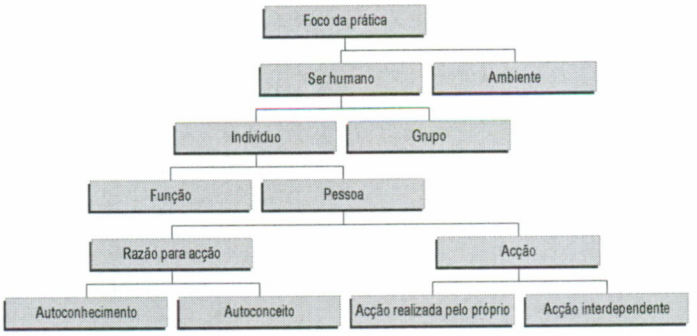


Figura 5 - Conceitos de topo da classificação dos focos da prática de enfermagem

Cada domínio é posteriormente subdividido em subdomínios, até ao limite em que existam aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem.

As definições dos focos da prática de enfermagem

António Lavoisier referiu na sua obra «*Elementos de Química*», em 1789, que "*é preciso uma palavra para invocar um conceito*". Efectivamente, existem vários métodos para se formularem as definições de termos. Segundo Casey (1995) são diversos os modos de identificar os conceitos e os termos que os enfermeiros utilizam. Um dos métodos usado é a pesquisa na literatura de enfermagem. Outro, é recolher exemplos da linguagem usada na sua documentação escrita (por exemplo nos planos de cuidados) ou nos seus relatórios orais (por exemplo passagem de turno).

No entanto, não é fácil a identificação de palavras, ou sinónimos, utilizados para descrever os conceitos de enfermagem, uma vez que se podem utilizar termos distintos para se descrever um único conceito. Por vezes, as palavras utilizadas podem adquirir um significado novo e muito específico em diferentes contextos. Outras vezes, o conceito é tão complexo para poder ser expresso com uma só palavra, que exige o recurso a uma frase.

Segundo Hayakama & Hayakama (1990), as palavras que usamos para designar as coisas não são as coisas em si e, por isso, os seus significados estão em constante transformação. Assim, as definições desempenham um papel interessante na ajuda aos usuários da classificação, nomeadamente na atribuição de significados semelhantes ao

mesmo termo, na medida em que as definições procuram expor consensos sobre as regras de uso das palavras em contextos específicos (Cruz, 2000).

Por isso, pode-se afirmar que definir os termos é uma tarefa complexa e que o propósito central quando se escolhem as palavras é facilitar a comunicação e, consequentemente, tornar mais claro o significado das mesmas (Nóbrega & Gutièrrez, 2000).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros, definições de conceitos "*são afirmações que descrevem um conceito e permitem a sua diferenciação de outros conceitos*" dentro da Classificação (ICNP®/CIPE® versão alfa, 1999:35).

Conceito é entendido nesta classificação, como uma unidade de pensamento que, para ser comunicado e/ou partilhado por outras pessoas, tem que ser expresso em palavras. Estas palavras são combinadas e apresentadas, seguindo regras para formar uma linguagem que é usada pelos enfermeiros para expressar os conceitos de enfermagem.

Cada definição desenvolvida nesta classificação procura obedecer a algumas regras que nortearam a sua construção, nomeadamente: (1) deve fazer sentido; (2) não deve ser circular; (3) não deve ser tão ampla que permita que a palavra que se define se aplique a mais aspectos do que os devidos, nem tão restrita que exclua aplicações legítimas do conceito; (4) deve expor os atributos essenciais do conceito; (5) deve evitar linguagem ambígua e obscura; (6) deve expressar-se numa frase positiva; e, (7) ser neutra (não valorativa) (Nóbrega & Gutièrrez, 2000).

Nesta classificação, o significado do termo é dado tanto pela definição como pela sua posição na estrutura arquitetónica. Por isso, a definição completa de um conceito exige que se reconheçam todas as características dos níveis de abstracção superior. Assim, os conceitos identificam-se e diferenciam-se de outros conceitos do mesmo nível pelas suas características específicas. De facto, os conceitos não são totalmente independentes, sendo pelo contrário, sistematicamente relacionados entre si (Nóbrega & Gutièrrez, 2000).

Para clarificar a natureza das definições apresentadas pela ICNP®/CIPE® é importante distinguir alguns aspectos do enquadramento conceptual da linguagem e conceitos. Os

elementos básicos deste enquadramento são: conceitos (intenções), linguagem (termos) e a realidade (extensão). As definições por género e diferença podem ser enunciadas como uma *definição de conceito*. Mas esta definição pode, por sua vez, ser transcrita para definição de termos (linguagem) pelo que falar de termos e falar de conceitos é indiferente para efeitos desta classificação (CIPE® versão alfa, 1999).

As definições por género e diferença podem, também, ser interpretadas como um exemplo de uma definição real, isto é, definições de fenómenos por meio das suas qualidades ou propriedades que diferenciam as espécies de outras espécies do mesmo género. Assim, pode ser feita uma distinção entre os dois principais tipos de definições: *definições por meio de conceitos* - definições intencionais dos termos e definições conceptuais puras, e *definições sem intenções* - definições extensivas dos termos e definições reais. Esta distinção baseia-se na noção de que os enunciados podem ser analisados nos seus dois componentes: o componente relacionado com a intenção (significado da frase) e outro componente relacionado com as propriedades reais. Esta diferença está reflectida na diferença entre a informação contida num dicionário (sinónimos, significados - conhecimento semântico) e a informação que deriva de uma enciclopédia (conhecimento enciclopédico).

Na ICNP®/CIPE®, os tipos de definição assumem uma posição intermédia entre a definição conceptual pura (descrição do conceito) e a definição real (descrição das qualidades e propriedades) (CIPE® versão alfa, 1999). O valor da informação destas definições pode ser interpretado como a informação contida numa enciclopédia, enquanto descrições empíricas dos fenómenos que se validam, se tornam verdadeiros ou falsos, no confronto com as realidades clínicas (CIPE® versão alfa, 1999).

A prática e a pesquisa empírica de enfermagem assumem-se como fundamentais para os processos de validação e adequação da ICNP®/CIPE® enquanto contributos em características identificadoras para validar e refinar as definições existentes, bem como as de novos conceitos.

1.4. Enfermagem de saúde materna e obstetrícia: um olhar

O nascimento de uma criança transforma as coisas - é um desafio
ao desenvolvimento da mãe, do pai e da família...
...este é o olhar da enfermeira!

Desenvolver a actividade profissional num contexto de saúde materna e obstetrícia oferece, tanto desafios, como oportunidades. Os enfermeiros estão perante o desafio de apropriar o conhecimento, desenvolver as habilidades técnicas e de pensamento crítico, fundamentais para o desempenho na prática, já que cada mulher, recém-nascido e família representa uma oportunidade para identificar e atender as suas necessidades em cuidados de enfermagem (Lowdermilk [et al.], 2002).

Os enfermeiros, nestes contextos, centram a sua atenção na saúde da mulher e da criança procurando envolver a família neste processo natural de desenvolvimento (gestação e nascimento). O investimento na promoção da saúde durante este período de vida pode "fazer a diferença", não somente na saúde individual da mulher e da criança mas, também, da comunidade, é que, como diz Lowdermilk *et al.*, "*a força da sociedade reside na saúde de suas mães e filhos*" (2002:17) .

1.4.1. Do passado ao presente

A prática de cuidados é influenciada por numerosos factores, uns relacionados com os contextos da profissão e outros com a sociedade em geral. Os cuidados de enfermagem na área de saúde materna e obstetrícia não são disso excepção.

Houve um tempo em que a prática de cuidados era baseada no conhecimento acumulado pelas parteiras. Mulher hábil na arte de ajudar a nascer, a parteira terá começado a desempenhar a sua função por solidariedade feminina - mãe que ajuda outra mãe durante o trabalho de parto e o nascimento. O acto repetido da maternidade foi habilitando certas mulheres para uma prática mais intensiva nessa "arte" de facilitar o nascimento, que vai assumindo rituais próprios, conforme os valores e as representações de cada época (Carneiro, 1998:14).

Depois veio um tempo em que o trabalho de parto e o nascimento decorriam em casa, sendo a parteira a primeira profissional a aceder às situações de trabalho de parto. Esta só deveria chamar o «cirurgião» (médico) se considerasse existirem complicações que exigissem intervenção cirúrgica, assumindo, ela mesma, a responsabilidade civil do desenlace destas situações. Estas circunstâncias conferiram reconhecimento social e deram visibilidade aos seus saberes (Carneiro, 1998:10).

Presentemente, em ambiente intra-hospitalar, os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, assumem responsabilidades por esta área de cuidados: cuidados de enfermagem à mulher e família durante a gestação, trabalho de parto e nascimento e no período pós parto. Em circunstâncias normais, a mulher permanece no Bloco de partos até duas horas pós parto, sendo depois transferida para o serviço de Puerpério onde permanecerá até 48 horas após o parto. Se o nascimento for via abdominal (cesariana) o tempo de internamento será alargado para 72 horas.

Actualmente, mesmo no hospital, o pai pode acompanhar o trabalho de parto e assistir ao nascimento. Paralelamente, desenvolvem-se estratégias para que os recém-nascidos permaneçam junto das mães durante todo o internamento. Por outro lado, preconiza-se um método de trabalho que envolva o enfermeiro numa parceria com a mulher, criança e família. Assim, em vez de um enfermeiro para cuidar da mãe e outro do recém-nascido, defende-se a ideia de um só enfermeiro que presta cuidados globais à mãe e criança, considerando-os como uma unidade.

1.4.2. Dos cuidados de enfermagem

Para Bobak *et al.* (1999) a enfermagem na maternidade evidencia-se nos cuidados a ter com a mulher e a família ao longo do seu ciclo de vida reprodutivo, em particular durante o período da gravidez, no momento do nascimento e nas quatro primeiras semanas pós-parto. Durante este período visa sobretudo garantir o potencial máximo de saúde a todos os membros da família.

Cada mulher é entendida como um projecto de saúde, sendo que a natureza desse projecto, a percepção que cada uma tem do seu futuro e a vontade individual

influenciam as necessidades em cuidados de enfermagem e, consequentemente, a prática dos enfermeiros.

Cada contacto entre o enfermeiro e o alvo de cuidados, constitui uma oportunidade de gestão dos espaços de liberdade onde se questiona, tal como sugere Alain Etchegoyen (*cit. In* Hesbeen, 2001), o que depende e o que não depende de nós! A resposta a esta questão constitui mais um contributo para dizer o que enfermagem é...

Neste espaço de cuidados de enfermagem, destacam-se três alvos principais desses mesmos cuidados que norteiam a atenção dos enfermeiros: ***a mulher***, ***o feto/recém-nascido*** e ***a família***.

Assim, destacaremos alguns dos factores que, influenciando o estado de saúde, referem a mulher e seu filho, bem como a dimensão familiar durante a gestação, trabalho de parto e nascimento e, ainda, o período pós parto. Daremos particular atenção aos acontecimentos de saúde que ocorrem num período específico - do final da gravidez até às primeiras 48 horas pós parto, especificamente durante o período de internamento.

A atenção à mulher - mãe

Uma gestação sadia com o nascimento de uma criança saudável é o objectivo dos enfermeiros. A atenção dedicada à mulher e à criança antes do parto, durante o trabalho de parto e o nascimento e depois do parto são determinantes para tal desiderato. De acordo com estes períodos explicitaremos, de seguida, algumas *áreas de atenção*, isto é, aspectos desta realidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Período pré-natal

A gravidez corresponde ao processo de crescimento e desenvolvimento de um novo ser humano. Decorre desde a concepção até ao nascimento, passando pelos períodos embrionário e fetal. Tem uma duração de 266 dias (38 semanas) a partir da fecundação, mas na prática clínica, tomando-se por referência a data da última menstruação, acrescem mais duas semanas a essa contagem (280 dias). A gestação pode ser dividida em três períodos: o primeiro trimestre (da concepção à 13.ª semana); o segundo trimestre (da 14.ª semanas até à 26.ª) e, o terceiro trimestre (da 27.ª até ao termo).

O contacto com o enfermeiro, durante o ***período pré-natal***, constitui uma oportunidade para assegurar a manutenção da saúde da mulher e da criança. Durante este período, a monitorização do crescimento e do desenvolvimento do feto e a identificação de factores capazes de interferir com o nível de saúde, são as principais preocupações. Este é um período caracterizado pela ocorrência de um conjunto de transformações fisiológicas (desenvolvimento fetal e de adaptações físicas da mulher à gravidez) e adaptações emocionais (preparação para maternidade/paternidade).

As transformações fisiológicas resultantes dos efeitos das concentrações hormonais e das novas pressões mecânicas, que protegem o funcionamento fisiológico, satisfazem as necessidades metabólicas e proporcionam um ambiente nutritivo para o desenvolvimento fetal. As alterações do útero (aumento do tamanho, presença de contractilidade e colo do útero amolecido), as alterações nas mamas (maiores dimensões, mais sensíveis, mamilos e aréola mais pigmentados) e dos sistemas orgânicos são característicos da mulher grávida (Bobak [et al.], 1999).

As adaptações emocionais da mulher incluem o ajustamento ao seu novo papel - o de mãe. Os novos desafios compreendem a aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, a reorganização dos relacionamentos pessoais, o estabelecimento do relacionamento com o feto e a preparação para o parto.

Dickason *et al.* (1998) defendem que a ligação ao filho se inicia durante a gravidez. Os movimentos fetais, a auscultação dos batimentos cardíacos, a visualização na ecografia funcionam como uma reacção que permite à mãe familiarizar-se - «ir conhecendo» - com o filho e senti-lo como real. Rubin (*cit. In* Mendes, 2002) refere ainda que a gravidez representa a fase inicial do processo de ligação, que continua exponencialmente depois do nascimento, constituindo a base da ligação que a mãe estabelece com o seu filho. Esta ideia, de que a gravidez é fundamental na construção dos laços afectivos, é também defendida por Bolwby (1991) e por Klaus & Kennel (1993). A ligação entre a mãe e o filho que vai nascer tem sido designada por diversos autores como ligação materno-fetal.

Mendes, no seu estudo sobre a ligação materno-fetal, afirma que o desenvolvimento da ligação materno-fetal está implicitamente relacionada com a "*consciencialização da mulher grávida para o repensar a sua própria imagem e do seu papel em relação às tarefas maternas na construção e identificação com o seu papel materno*" (2002:16).

Ao aproximar-se o final da gestação, mãe e filho preparam-se para o ***processo de parto***. O trabalho de parto e o nascimento representam o final de gestação e o começo de uma nova etapa para a mãe, filho e família.

Segundo Bobak *et al.* (1999), os cuidados de enfermagem a uma mulher em trabalho de parto (parturiente) incluem: (1) ajudar a mulher a participar no nascimento do seu filho; (2) satisfazer os resultados esperados por ela; (3) ajudar a mulher a manter a sua energia; e, (4) ajudar a mulher a controlar o desconforto.

Período intra-parto

O *parto* é definido por vários autores como o processo mediante o qual o útero expulsa o feto, a placenta e membranas (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000; Bobak [et al.], 1999; Dickason [et al.], 1998). O seu início coincide, geralmente, com o início das contracções uterinas rítmicas e dolorosas acompanhadas de extinção e dilatação do colo do útero. Neste período a dor, o trabalho de parto e a adaptação da mulher a este processo, constituem áreas de atenção do enfermeiro.

A dor é uma das maiores inquietações das grávidas. Neeson (1995) afirma que a dor de trabalho de parto é a de maior intensidade que uma pessoa pode experienciar, constituindo, frequentemente, o aspecto relacionado com o nascimento que mais preocupa o casal. Graça *et al.* (2000), por outro lado, acrescentam que a dor de cada mulher durante o trabalho de parto é única, isto é, de percepção individual.

Na opinião de Lowdermilk *et al.* (2002), esta dor é influenciada por um conjunto de factores nomeadamente a "cultura", a ansiedade e o medo, as experiências anteriores, a preparação para o parto e apoio disponível. Por isso, as reacções compreendem o aumento da ansiedade, as contorções, o choro, os gemidos, os gestos (apertar ou torcer as mãos, mexer as pernas, agitar-se na cama) e o alto nível de excitabilidade muscular. Esta dor é descrita como uma dor física "*penetrante, ardente, latejante, aguda, nauseante ou em cólica*" (Lowdermilk [et al.], 2002:315). A adaptação a esta circunstância, de acordo com Neeson (1995), depende: (1) da confiança em si mesma; (2) dos mecanismos para lidar com a incerteza e o *stress*; (3) das atitudes e expectativas



sobre o trabalho de parto; (4) das expectativas das pessoas que a acompanham; (5) da reacção à dor, da ansiedade e de outras alterações funcionais.

Durante o primeiro período do trabalho de parto (fase da extinção e dilatação do colo uterino), a dor é provocada essencialmente pelas contracções e dilatação do colo uterino. Os estímulos provenientes do corpo, do colo uterino e do segmento inferior intensificam-se com o decorrer do tempo, as dores tornam-se mais fortes estendendo-se à região infra-umbilical, lombar e sagrada (Graça [et al.], 2000). Neste período, a parturiente refere dor apenas durante as contracções, manifestando alívio no intervalo entre elas.

No segundo período do trabalho de parto (fase da expulsão fetal), a dor é desencadeada essencialmente pelas contracções, pela compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas e pela distensão do períneo (Graça [et al.], 2000). Logo que o colo uterino atinge a dilatação completa, diminui a afluência de estímulos dolorosos nesta zona, no entanto, as contracções do corpo uterino e a distensão do segmento inferior mantêm-se.

Bobak *et al.* (1999) referem que as opções relativas ao alívio da dor dependem das necessidades e dos desejos específicos de cada mulher, da disponibilidade do método de analgesia desejado e da fase do trabalho de parto.

O trabalho de parto é um processo influenciado por cinco factores: feto, canal de parto, contracções uterinas, posição da mãe e reacções ao trabalho de parto (Lowdermilk [et al.], 2002; Neeson, 1995).

O trabalho de parto é, do ponto de vista clínico, dividido em três períodos (Graça [et al.], 2000).

Divisão clínica do trabalho de parto	
1º período:	**Extinção e dilatação do colo**
Início	Contracções uterinas rítmicas e regulares.
Fim	Dilatação completa do colo.
2º período:	**Período expulsivo**
Início	Dilatação completa do colo.
Fim	Após a expulsão do feto.
3º período.	**Dequitadura**
Início	Após a expulsão do feto.
Fim	Após a expulsão da placenta e membranas.

Alguns autores consideram a existência de mais um período do trabalho de parto (Bobak [et al.], 1999; Lowdermilk [et al.], 2002; Neeson, 1995): a fase de recuperação, correspondente ao período de hemostase, com duração média de uma hora.

As contracções uterinas são fundamentais para o desenlace deste processo uma vez que têm como finalidades: (1) a extinção e a dilatação do colo do útero; (2) o facilitar a descida e rotação do feto; (3) a expulsão da placenta (dequitadura); e, (4) a manutenção da hemostase após dequitadura.

No decurso do ***primeiro período do trabalho de parto*** valorizam-se alguns dados nomeadamente: (1) as contracções uterinas regulares (que aumentam progressivamente de frequência, de intensidade e de duração); (2) o corrimento vaginal mucoso sanguinolento; (3) a saída de líquido amniótico via vaginal associado a rotura de membranas; (4) a descida da apresentação fetal; e, (5) os comportamentos da parturiente (Quadro 3).

	0-3 cm (fase latente)	4-7 cm (fase activa)	8-10 cm (fase de transição)
Duração	Aprox. 6 a 8 horas	Aprox. 3 a 6 horas	Aprox. 20 a 40 minutos
Contracções			
Força	Leves a moderadas	Moderadas a fortes	Fortes a muito fortes
Ritmo	Irregulares	Menos irregulares	Regulares
Frequência	5-30 min. de intervalo	3-5 min. de intervalo	2-3 min. de intervalo
Duração	30 a 45 segundos	40 a 70 segundos	45 a 90 segundos
Descida	1.º plano Hodge	2.º plano Hodge	3.º plano Hodge
Secreção vaginal	Muco rosa pálido	Muco sanguinolento; líquido amniótico	Muco sanguinolento; líquido amniótico
Comportamento da parturiente (adaptação à dor)	Excitada: os pensamentos centram-se em si, no parto e no bebé; pode conversar ou estar quieta, calma ou tensa; alguma apreensão; dor relativamente bem controlada; alerta, segue instruções prontamente; receptiva às orientações.	Torna-se mais séria, coloca em dúvida o controlo da dor, mais apreensiva; deseja companheirismo e encorajamento; atenção mais dirigida a si; fadiga evidente; face ruborizada; tem dificuldade em seguir orientações.	Dor descrita como intensa; refere dor lombar; frustração, medo da perda de controlo e irritabilidade; comunicação vaga; amnésia entre as contracções; contorções com as contracções; náusea e vómito; palidez perioral, transpiração na fronte e no lábio superior; tremor nas coxas, sente necessidade de "puxar".

Quadro 3 - Evolução do primeiro período do trabalho de parto (Adaptado de Lowdermilk [et al.], 2002: 366)

Durante este período as contracções uterinas desempenham um papel primordial, pois são responsáveis pela extinção e dilatação do colo uterino e por facilitar a descida e rotação do feto. Durante este período preparam-se as condições para que ocorra o nascimento: a expulsão do feto (Figura 6).

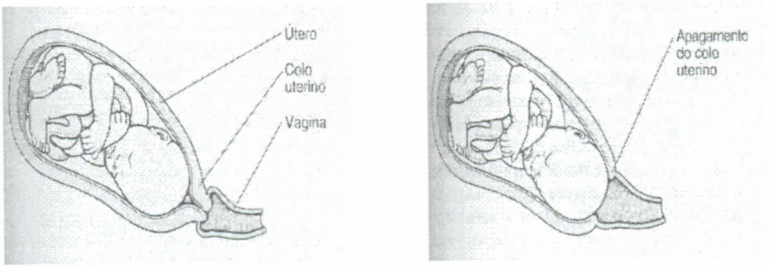


Figura 6 - Primeiro período do trabalho de parto
(BERKOW, 2000:1207)

O ***segundo período do trabalho de parto***, vulgarmente designado por período expulsivo, corresponde ao nascimento do feto (Figura 7). Quando a cabeça do feto atinge o assoalho pélvico, a mulher começa, voluntariamente, a contrair os músculos abdominais exercendo uma pressão descendente, como resposta, involuntária, ao reflexo de Ferguson (estiramento mecânico do colo uterino) activado pela apresentação fetal sobre os receptores da musculatura pélvica (Lowdermilk [et al.], 2002). São estes esforços expulsivos que determinam o nascimento.

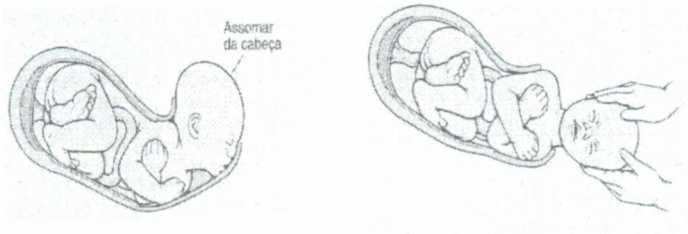


Figura 7 - Segundo período do trabalho de parto
(BERKOW, 2000:1207)

A indicação do início deste período baseia-se na observação de alguns indícios clínicos, nomeadamente, o surgimento súbito de suor no lábio superior, episódio de vómito, aumento da emissão do muco vaginal, necessidade involuntária de "puxar" (Bobak [et al.], 1999; Lowdermilk [et al.], 2002). No entanto, o diagnóstico diferencial só é possível após a confirmação da dilatação cervical completa. Nesta etapa, Bobak *et al.* admitem como um comportamento possível, da parturiente o "*gritar, praguejar e até descontrolar-se*" (1999:306), por sentir dificuldade em conciliar os esforços conducentes ao nascimento do filho.

Durante o período expulsivo podem ser consideradas três fases (latente, descida e transição), caracterizadas pelos parâmetros: (1) a actividade uterina; (2) a descida fetal; (3) a urgência em "puxar"; e, (4) comportamentos verbais e não verbais - autocontrolo (Quadro 4).

	Fase latente	*Fase da descida*	*Fase de transição*
Contracções			
Intensidade	Período de acalmia.	Aumento significativo.	Força expulsiva.
Duração		90 segundos.	90 segundos
Descida	2.º/3.º plano de Hodge.	3.º/4.º plano de Hodge.	Cabeça visível no intróito.
Esforços expulsivos espontâneos	Leves a ausentes (excepto no pico da contracção).	Urgência crescente de "puxar".	"Puxos".
Vocalização	Calada.	Gemidos ou vocalização expiratória; anuncia as contracções.	Continuam os gemidos e a vocalização expiratória; pode gritar e praguejar.
Comportamento	Apresenta uma sensação de alívio por se aproximar o final; sente-se cansada e sonolenta; tem uma sensação de realização e de optimismo porque «o pior já passou»; sente-se controlada.	Altera o padrão respiratório: prende a respiração por 4 a 5 segundos com intervalos de respiração normal, 5 a 7 vezes a cada contracção; reposicionamento frequente.	Descreve dor extrema; exprime sentimentos de impotência; demonstra menor capacidade para ouvir e concentrar-se em algo, excepto no parto; mostra-se eufórica, muitas vezes, imediatamente após o nascimento da cabeça.

Quadro 4 - Evolução do segundo período do trabalho de parto
(Adaptado de Lowdermilk [et al.], 2002:393)

O ***terceiro período do trabalho de parto*** decorre entre o nascimento e a expulsão da placenta. Após a expulsão do feto, o útero continua a contrair-se ritmicamente, mas a frequência das contracções diminui progressivamente (Graça [et al.], 2000). As contracções uterinas, nesta fase, estimulam a diminuição do tamanho do útero. A diminuição súbita da dimensão uterina é inevitavelmente acompanhada por uma redução da área de implantação da placenta; a tensão resultante obriga a uma clivagem da placenta e consequente separação do seu local de inserção; uma vez descolada, a pressão exercida pelo útero contraído provoca o seu deslizamento e, consequente, expulsão (Figura 8). Este processo é designado por dequitadura.

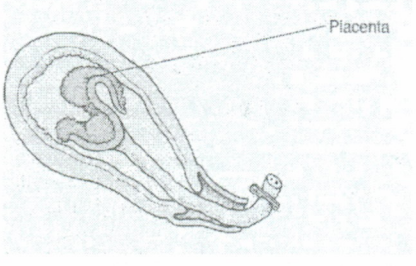


Figura 8 - Terceiro período do trabalho de parto
(BERKOW, 2000: 1207)

Este processo é evidenciado: (1) pela contracção firme do fundo do útero, a mudança de forma discóide do útero para uma forma globulosa ovóide (designado por globo de segurança de Pinard), à medida que a placenta desce para o segmento inferior e, saída

súbita de sangue escuro; (2) por um aumento do tamanho da porção de cordão umbilical visível, à medida que a placenta descola; e, (3) pela visualização da placenta à vulva.

Após a exteriorização da placenta é importante examinar a sua integridade para garantir que foi totalmente expulsa (pelo risco de retenção de restos placentares ou membranas) (Lowdermilk [et al.], 2002).

Após a expulsão do feto e da placenta, ocorre um período caracterizado pela recuperação, em particular, no que refere ao processo de hemostase. Este período, pela importância que lhe é atribuída, é designado por alguns autores por ***quarto período***. Este período corresponde, genericamente, à primeira hora seguinte à dequitadura (Lowdermilk [et al.], 2002; Berkow, 2002; Graça [et al.], 2000; Bobak [et al.], 1999; Neeson, 1995;). Neste período, designado por alguns autores por *período de recuperação*, a principal preocupação é a hemorragia pós-parto (Berkow, 2002; Neeson, 1995; Freitas [et al.], 1993).

O processo de involução do útero tem início imediatamente após a expulsão da placenta por acção das contracções uterinas. Aliás, Lowdermilk *et al.* (2002) afirmam que a intensidade das contracções uterinas aumenta significativamente após o parto. A hemostase é conseguida, essencialmente, pela compressão dos vasos sanguíneos intra-miometriais, à medida que o músculo uterino se contrai, dando origem ao globo de segurança de Pinard. De facto, é indispensável manter o útero contraído para prevenir a perda excessiva de sangue (hemorragia pós-parto) constituindo esta circunstância uma área de atenção do enfermeiro.

A manutenção das contracções uterinas, mesmo após o parto, é conseguida essencialmente por acção da hormona ocitocina. Existem mecanismos que potenciam o efeito contráctil, e consequente involução uterina, nomeadamente a amamentação e a massagem do fundo uterino. A amamentação, porque a sucção estimula a libertação de ocitocina (hormona que fortalece e coordena as contracções uterinas), e a massagem do fundo uterino, porque estimula mecanicamente a contracção do útero.

Período pós-parto

O período pós-parto, vulgarmente designado por puerpério, corresponde ao intervalo de cerca de seis semanas entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores ao estado pré-gravídico (Graça [et al.], 2000; Lowdermilk [et al.], 2002). Neste período são muitas as alterações que ocorrem - alterações fisiológicas, emocionais e sociais. A mulher passa de gestante a mãe, e o feto passa a ser a realidade do filho, por isso, está, não apenas, a recuperar do processo físico do nascimento mas, também, a adaptar-se efectivamente ao papel de mãe. Por vezes este processo de adaptação ultrapassa as tais seis semanas.

Durante este período, o útero involui, isto é, regressa gradualmente ao local e tamanho anteriores à gravidez essencialmente por acção das contracções uterinas e de resposta hormonal. Quando este processo falha, existe perda aumentada de sangue. De facto, a causa mais frequente de perda sanguínea excessiva é a atonia uterina, isto é, a dificuldade do músculo uterino se contrair adequadamente. Lowdermilk *et al.* (2002) referem que a distensão da bexiga e a presença de restos placentares, constituem factores de risco que interferem na eficácia da contracção uterina após o parto.

A contracção do útero pode causar dor tipo cólica habitualmente designada por dores pós-parto (Ellis & Backmann, 1986). As dores pós-parto localizam-se geralmente na área suprapúbica ou na região abdominal inferior. As mulheres descrevem esta dor como aguda, tipo cólica ou aperto, ou ainda como uma dor surda e constante; a dor pode irradiar para a parte inferior das costas ou superior das coxas.

Durante este período, é também comum a existência de perda sanguínea vaginal - lóquios, cujas características se vão alterando com o passar dos dias, fundamentalmente devido às alterações nos seus constituintes.

As mamas sofrem modificações significativas, em particular devido ao início efectivo da lactação. A lactação corresponde ao fenómeno de produção e libertação do leite materno. O processo de lactação é influenciado pela sucção da criança, pelas emoções, pelas hormonas e pelas respostas reflexas maternas (Bobak [et al.], 1999). Segundo estas autoras, o estabelecimento e a manutenção da lactação são determinados, tanto

pela estrutura anatómica da glândula mamária e mamilo, como pela iniciação e manutenção da secreção láctea. Inicialmente, a secreção mamária é designada por colostro, que se mantém durante os primeiros dias convertendo-se, gradualmente, em leite (Graça [et al.], 2000).

A zona perineal tem, também, que recuperar dos efeitos do trabalho de parto e do nascimento. Os cuidados de higiene locais são essenciais para prevenir infecções, em particular se existir ferida perineal resultante da episiotomia executada durante o período expulsivo.

Bobak *et al.* (1999) referem que, neste período, a sensação de desconforto é frequentemente verbalizado pelas puérperas. As causas comuns compreendem as dores pós-parto, a ferida perineal, as hemorróides e o ingurgitamento mamário. Nos dias seguintes ao parto, é comum surgir fadiga decorrente das exigências da criança, das rotinas hospitalares, do ambiente hospitalar e da alteração do padrão de sono (Lowdermilk [et al.], 2002).

Os dados relevantes para o processo diagnóstico, e despiste de complicações durante este período, englobam os parâmetros relativos a: temperatura corporal, pulso, tensão arterial, nível de energia, contracção do útero, características dos lóquios, aspecto do períneo e da ferida perineal; estado das pernas, condições das mamas, apetite, padrão de eliminação e repouso.

Lowdermilk *et al.* (2002) advogam que, durante este período, o papel que o enfermeiro desempenha na promoção de comportamentos de saúde constitui uma parte importante dos cuidados de enfermagem já que nesta altura as mães envolvem-se activamente nos cuidados ao filho. De acordo com estas autoras, a adaptação ao papel de mãe exige aprendizagem. São necessários novos conhecimentos para lidar com novas situações pois, a capacidade de realizar, de modo competente e confiante, as actividades referentes a esta fase não surge automaticamente com o nascimento da criança (Lowdermilk [et al.], 2002).

Para Shank (*cit. In* Lowdermilk [et al.], 2002), o processo de adopção de comportamentos adequados ao papel de mãe engloba dois componentes: o primeiro,

envolve o conhecimento e a habilidade para os cuidados ao bebé (alimentá-lo, vesti-lo, dar-lhe banho, mantendo-o seguro); o segundo, a valorização e o conforto (atitude de carinho, a consciencialização e a preocupação com as necessidades e desejos do bebé). Este último componente influencia o modo como os cuidados são desenvolvidos e o nível de sensação de segurança e competência no desempenho do novo papel.

Para assumir na íntegra esse papel a mãe tem necessidade de: (1) conciliar a criança real com a fantasiada; (2) reconhecer a criança como uma pessoa, separada dela própria; (3) tornar-se eficaz nos cuidados ao filho; (4) estabelecer critérios de avaliação para apreciar o sucesso, ou fracasso, dos cuidados disponibilizados ao filho; e, (5) estabelecer um espaço para o recém-nascido no seio da família.

A sua nova condição exige também conhecimentos sobre os cuidados consigo mesma nomeadamente sobre os cuidados à ferida perineal, os cuidados às mamas e a técnica de amamentação, a nutrição, o exercício pós-parto, os sinais de alerta de complicações, as emoções pós-parto e o planeamento familiar.

A adaptação e o assumir do papel maternal pode ser mais ou menos demorado. Rubin, citada por Lowdermilk *et al.* (2002), descreve três etapas que caracterizam esta adaptação: dependente; dependente-independente; e, interdependente (Quadro 5).

Fase	*Características*
Dependente (Adaptar-se)	- primeiras 24 horas; - focalizada em si mesma e nas suas necessidades básicas: conforto, repouso e nutrição; - excitada e falante; - desejo de reviver a experiência do parto;
Dependente-independente (Assumir)	- inicia no 2.º ou 3.º dia durando de 10 dias a várias semanas; - focalizada na criança e na competência nos cuidados; - desejo de assumir; - necessidade de aceitação dos outros; - ânsia de aprender e praticar; - lida com desconfortos e mudanças emocionais; - possível experiência de "melancolia".
Interdependente (Deixar ir)	- centrada na família; - reafirmação do relacionamento com o companheiro; - retoma da vida sexual.

Quadro 5 - Fases da adaptação ao papel maternal
(Adaptado de Lowdermilk [et al.], 2002:466)

Na fase dependente predomina a necessidade de se concentrar em si mesma. Tal fase constitui um período de enorme excitabilidade, no qual a mãe revive a experiência do

parto. No entanto, a ansiedade e a preocupação com a assunção do novo papel condicionam a capacidade de percepção da mãe, o que implica que a informação tenha que ser repetida frequentemente. Na fase dependente-independente a mãe reage activamente às oportunidades para aprender e treinar os cuidados ao filho. A fase interdependente caracteriza-se pela integração da situação na vida diária.

Em termos emocionais, nos primeiros dois dias existe uma sensação de alegria que é seguido por um período de melancolia (*blues* puerperal) designado por alguns autores por tristeza (Canavarro [et al.], 2002; Lowdermilk [et al.], 2002; Ellis & Backmann, 1986). Segundo Ellis & Backmann (1986), esta emoção acontece em 20% a 70% das puérperas. De acordo com estes autores esta situação, manifesta-se por sensação de cansaço, por pouco apetite, por choro aparentemente inexplicável. Esta situação pode, ainda, manifestar-se por sentimentos de desânimo, intranquilidade, fadiga, insónia, dor de cabeça, ansiedade, infelicidade e raiva (Lowdermilk [et al.], 2002; Canavarro [et al.], 2001).

O processo de nascimento desencadeia, também, reacções no pai. A adaptação ao papel paternal decorre, à semelhança da adaptação ao papel maternal, por etapas. Lowdermilk *et al.* (2002) consideram que depois do parto o pai procura imaginar como será a vida depois do bebé chegar a casa. Contudo, mais tarde haverá o confronto com a realidade e a constatação de que nem sempre a realidade corresponde às expectativas. Nesta altura, é comum alguma tristeza, ambivalência ou frustração pela incapacidade de participar activamente nos cuidados ao filho. Com o passar do tempo o pai acaba, inevitavelmente, por se envolver com o filho.

A atenção ao feto e ao recém-nascido

A gestação do ser humano tem a duração de 280 dias (40 semanas), contabilizados a partir do primeiro dia da última menstruação até ao nascimento. Nos primeiros tempos de gestação, o conjunto de células iniciais (fase ovular) transforma-se em embrião (fase embrionária) que ao diferenciar-se, num processo de crescimento e desenvolvimento, dá origem ao feto (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000). Segundo estes autores o período ovular decorre da concepção até ao 14.º dia; o período embrionário decorre do



15.º dia até à 8.ª semana pós concepção; o período fetal começa na 9.ª semana após concepção, até ao final da gravidez.

Ao longo da gestação decorre um conjunto de alterações que reflectem o crescimento e o desenvolvimento fetal. O crescimento e o desenvolvimento fetal são entendidos, por Graça *et al.* (2000), como o aumento da massa, dependentes, por completo, da possibilidade do organismo materno disponibilizar os nutrientes e o oxigénio necessários e da capacidade da placenta os transferir (crescimento). Estes processos manifestam-se pela mudança progressiva da estrutura e função dos órgãos fetais (processo maturativo)[13]. Este processo, normal e progressivo, vai traduzir-se em mudanças apreciáveis. Por exemplo, entre as 14 e as 16 semanas já podem ser identificados, pela mãe, movimentos fetais; o tamanho do feto vai aumentando e isso reflecte-se na altura uterina; a frequência cardíaca vai-se alterando à medida que a gestação avança no tempo, etc.

São vários os factores que interferem com o desenvolvimento fetal. A maioria das interferências decorrem de alterações a nível da unidade materno-fetal, em particular da placenta. Por exemplo, durante a gestação a nutrição é um importante foco de atenção pois as gestantes têm maiores necessidades nutricionais que as outras mulheres, determinadas pelo crescimento fetal. Por isso, Lowdermilk *et al.* afirmam que "*o ganho de peso progressivo durante a gravidez é essencial para assegurar o crescimento e o desenvolvimento fetal normal*" (2002:287).

O feto tem uma particularidade interessante: não possui respiração pulmonar pois o sangue oxigenado e restantes nutrientes chegam ao feto através da veia umbilical (Dickason [et al.], 1998), por isso, a oxigenação fetal é garantida através da circulação e não da respiração (Reece [et al.], 1996).

O estado de saúde do feto está relacionado com o seu «bem estar». O ***bem estar fetal*** é caracterizado por um crescimento coerente com a duração da gestação, com forma e

[13] Segundo Dickason *et al.* (1998), o crescimento corresponde ao incremento da dimensão e do número de células para aumentar o peso e tamanho e, o desenvolvimento designa as mudanças que ocorrem nas células primitivas quando se diferenciam em tecidos e podem desempenhar funções específicas.



estrutura (morfologia) esperadas, assim como, funções metabólicas, oxigenação e perfusão adequadas (Dickason [et al.], 1998).

Um dos momentos críticos, que o feto tem que ultrapassar, é o trabalho de parto e o nascimento. Este é um momento em que se verificam adaptações fisiológicas importantes no feto em particular a nível da circulação e oxigenação fetal (Berkow, 2000). De facto, diversas razões podem comprometer o suprimento de oxigénio: (1) redução do fluxo de sangue materno para a placenta; (2) redução da quantidade de oxigénio no sangue materno; (3) alterações na circulação fetal (compressão do cordão, descolamento da placenta); (4) redução do fluxo de sangue para as vilosidades coriónicas secundárias a hipertonia uterina (Lowdermilk [et al.], 2002). O suprimento de oxigénio fetal é essencial, devendo ser mantido durante o trabalho de parto, para prevenir o comprometimento fetal e consequente compromisso das potencialidades do recém-nascido, já que os primeiros minutos de vida determinam a qualidade da sua vida futura.

A monitorização da frequência cardíaca fetal proporciona informações confiáveis sobre as condições de oxigenação fetal. A posição materna e as contracções uterinas são alguns dos factores que interferem na circulação e consequente oxigenação fetal, por diminuírem o aporte de sangue oxigenado (Graça [et al.], 2000). É suficiente uma redução da pressão de 30 mmHg para que o sangue proveniente da circulação materna diminua significativamente na placenta (Graça [et al.], 2000). A oxigenação fetal durante o ramo ascendente da contracção uterina, depende da quantidade de sangue materno que conseguiu atingir a placenta antes do início da contracção. Quando a quantidade de sangue oxigenado é menor do que as necessidades fetais, ocorre uma diminuição do aporte de oxigénio ao sistema nervoso central e ao miocárdio, com consequente interferência na frequência cardíaca fetal. Segundo Bobak *et al.*, a avaliação da frequência cardíaca fetal tem sido reconhecida como um "*aspecto vital na avaliação do bem estar fetal quando sujeito ao stress do trabalho de parto e nascimento*" (1999:973). Cada profissional que vigia esta situação, nomeadamente a enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, assume a responsabilidade de identificar os padrões de normalidade/anormalidade (acelerações, desacelerações, bradicardia, taquicardia).

Lowdermilk *et al.* (2000) referem que o bem estar fetal, durante o trabalho de parto, pode ser avaliado pela resposta da frequência cardíaca fetal às contracções uterinas. O controlo da frequência cardíaca fetal é controlado pelo equilíbrio de dois mecanismos: pelo automatismo do coração e pelo sistema nervoso autónomo (o sistema nervoso simpático acelera a frequência cardíaca e o parassimpático desacelera). Um padrão cardiotocográfico (Figura 9) tranquilizador da frequência cardíaca fetal caracteriza-se por uma frequência cardíaca fetal entre 110 e 160 batimentos por minuto, com variabilidade basal moderada, desacelerações precoces e acelerações com os movimentos do feto e, isso, reflecte uma adequada oxigenação fetal (Lowdermilk [et al.], 2002).

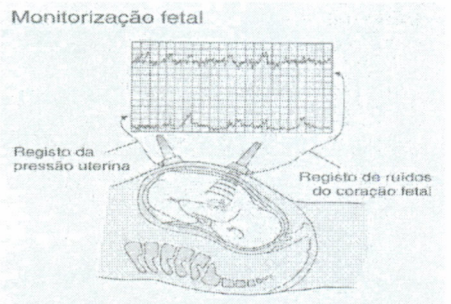


Figura 9 - Monitorização cardiotocográfica
(BERKOW, 2000:1209)

Os padrões da frequência cardíaca fetal podem dividir-se, com o objectivo de os sistematizar, em padrões periódicos e não periódicos (Quadro 6) (Graça [et al.], 2000).

Padrões não periódicos		
Frequência cardíaca basal		frequência cardíaca fetal entre 110 ppm e 150 ppm (considerados como valores de referência).
Taquicardia		frequência cardíaca fetal, mantida durante o mínimo de 10 minutos, acima dos 150 ppm.
Bradicardia		frequência cardíaca fetal, mantida durante o mínimo de 10 minutos, abaixo das 110 ppm.
Padrão sinusoidal		aparecimento, em cada minuto, de 2 a 5 ondulações regulares de FCF acima ou abaixo da FCF média (a qual se encontra dentro dos limites normais).
Variabilidade	aumentada	amplitude da oscilação da FCF excede as 25 ppm.
	diminuída	amplitude da oscilação da FCF é inferior a 5 ppm.
	ausente	variabilidade igual a zero (sem oscilação na frequência cardíaca).
Padrões periódicos		
Acelerações	periódicas	aumento da FCF durante o ramo ascendente da contracção e têm uma forma semelhante à desta.
	esporádicas	desencadeadas por compressão parcial e transitória do cordão umbilical provocada por movimentos fetais.
Desacelerações	precoces	início e fim coincidem com os da contracção que as desencadeiam, sendo o vértice coincidente com o ápice das contracções.
	tardias	iniciam-se e findam tardiamente em relação à contracção que as desencadeiam (no mínimo de 18 segundos)

	variáveis	tem forma e amplitude irregular, iniciam-se e terminam de modo abrupto, não estando relacionadas com a contracção; estão associadas à compressão do cordão umbilical.

Quadro 6 - Padrões periódicos e não periódicos da frequência cardíaca fetal

A adaptação à vida extra-uterina é um dos desafios incontornáveis com que cada ser humano é confrontado (Figura 10). Bobak *et al.* (1999) argumentam que a criança recém nascida tem que conseguir ultrapassar uma série de etapas de ajustamento: da adaptação à vida extra uterina, até ser capaz de se manter "autónoma" da mãe. De facto, ao nascer, cada recém-nascido está dotado de um conjunto de capacidades biológicas e comportamentais que lhe permitem a transição para a vida extra-uterina.

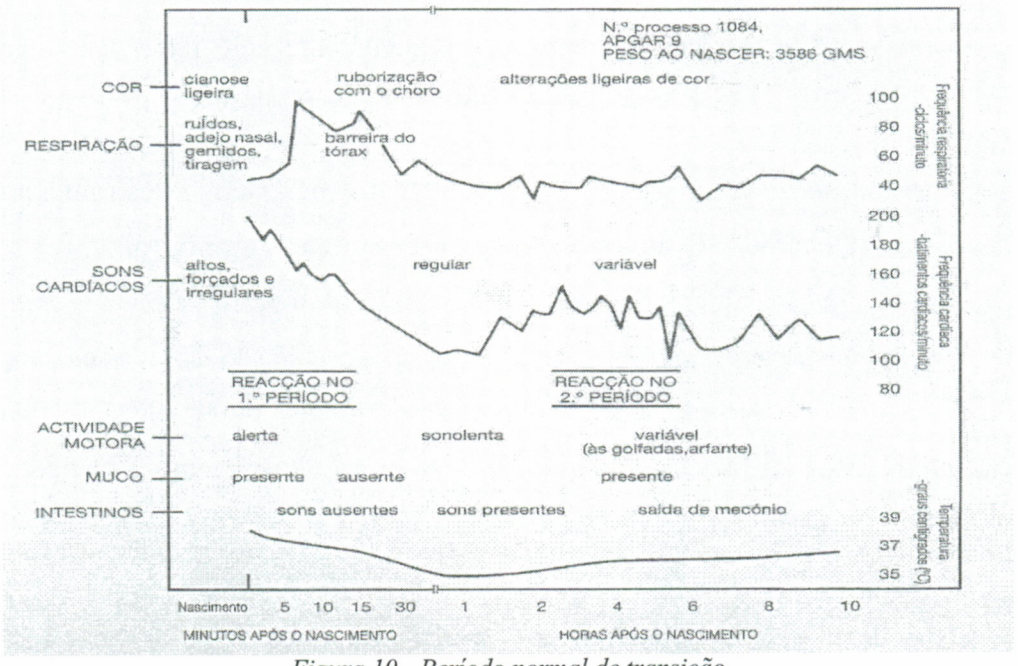


Figura 10 - Período normal de transição
(DESMOND *CIT. IN* BOBAK [ET AL.], 1999:787)

As adaptações à vida extra-uterina constituem o primeiro passo para o crescimento e para os desenvolvimentos futuros. A mais colossal das alterações fisiológicas exigidas ao recém-nascido é a transição da circulação fetal para a respiração independente (Lowdermilk [et al.], 2002; Wong, 1999). As principais adaptações, que ocorrem a nível do aparelho cardio-respiratório, são determinadas, por um lado, pela primeira insuflação da criança (que faz insuflar os pulmões e reduz a resistência vascular pulmonar para valores semelhantes aos da corrente sanguínea pulmonar) e, por outro, pela laqueação do cordão umbilical. Estas mudanças fisiológicas condicionam o encerramento do

foramen oval, canal arterial e *ductus* venoso, com consequente início da circulação do sangue até aos pulmões.

Em síntese, a primeira insuflação faz com que o ar substitua o líquido ao longo do tracto respiratório, obrigando à expansão pulmonar e à consequente diminuição da pressão vascular pulmonar. Assim se estabelece a circulação pulmonar e têm lugar as consequentes alterações no coração (pressão da aurícula direita diminui e aumenta a pressão na aurícula esquerda, o que condiciona o encerramento do foramen oval). Após a laqueação do cordão umbilical as artérias e a veia umbilical e o canal venoso encerram. Deste modo, o sangue venoso deixa de se misturar com o arterial.

Depois de estabelecida, a respiração ocorre essencialmente pelo nariz sendo, numa primeira fase, irregular e superficial, com 30 a 60 ciclos respiratórios por minuto.

A primeira avaliação da criança é realizada através dos parâmetros determinados no índice de Apgar (Quadro 7). O índice de Apgar, descrito por Virgínia Apgar em 1953, permite uma avaliação rápida da necessidade de reanimação baseada em cinco parâmetros: *frequência cardíaca* (obtida através de auscultação com estetoscópio); *frequência respiratória* (obtida a partir da observação dos movimentos da parede torácica); *tónus muscular* (baseado no grau de flexão e movimentos das extremidades); *irritabilidade reflexa* (baseada na resposta à aspiração); e, *cor* (pele e mucosas, que podem apresentar-se pálidas, cianóticas ou rosadas). Cada item pode ser pontuado em zero, um ou dois nas avaliações realizadas ao primeiro e quinto minutos de vida extra-uterina. Simultaneamente a esta avaliação, a criança é seca e mantida aquecida.

	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100 ppm	> 100 ppm
Respiração	Ausente	Irregular	Regular, choro forte
Tónus muscular	Hipotonia	Ligeira flexão das extremidades	Movimentos activos
Resposta aos estímulos	Ausente	Choro	Choro forte
Cor da pele	Azul ou pálida	Corpo rosado, extremidades azuladas	Completamente rosado

Quadro 7 - Índice de Apgar
(Adaptado de Graça [et al.], 2000:415)

A termorregulação é o segundo factor crítico na adaptação à vida extra-uterina (Lowdermilk [et al.], 2002; Wong, 1999). A dificuldade inerente a esta regulação

térmica decorre, por um lado, da tendência para a perda de calor do recém-nascido[14] e, por outro, do facto de a produção de calor ser exclusivamente química, isto é, consome oxigénio e reservas energéticas (em particular a gordura *marron*).

Após a situação do recém-nascido estar estabilizada, são avaliadas as medidas antropométricas de referência - peso, comprimento e perímetro cefálico. Estas medidas são usadas para determinar os padrões de crescimento do recém-nascido (Lowdermilk [et al.], 2002). As avaliações sistemáticas do recém-nascido incluem: temperatura corporal, frequência respiratória, frequência cardíaca, cor da pele, nível da actividade e tónus muscular, padrão de alimentação e eliminação e comportamentos de interacção. A frequência e os sons cardíacos, a respiração e a actividade motora seguem padrões diferentes das outras faixas etárias.

O recém-nascido, caracterizado por imaturidade dos diversos sistemas, vai-se adaptando à vida extra-uterina, gradualmente. A nível do sistema gastrointestinal, o recém-nascido apenas consegue digerir e metabolizar proteínas e carbohidratos simples. Para além disso, a capacidade gástrica é limitada a 90 mililitros o que impõe uma alimentação em pequenas quantidades e frequentes tomas. Por outro lado, a imaturidade e o relaxamento do cárdia fazem com que a regurgitação constitua uma ocorrência comum. A imaturidade do fígado contribui para a não ligação da bilirrubina e consequentemente para a icterícia fisiológica. O intestino é proporcionalmente mais longo do que no adulto o que representa uma maior área de absorção.

A nível de defesas contra a infecção, os recém-nascidos não são capazes de produzir as suas próprias imunoglobulinas até ao início do segundo mês de vida (Wong, 1999). A maior parte das funções neurológicas é constituída por reflexos primitivos (arcaicos). Pelo contrário, as funções sensoriais estão praticamente desenvolvidas e possuem um efeito sobre o crescimento e o desenvolvimento, incluindo no processo de ligação aos pais (vínculo) (Wong, 1999).

---

[14] A perda de calor do recém-nascido pode realizar-se por (1) *convecção* (fluxo de calor da superfície do corpo para o ambiente de ar mais frio); (2) *radiação* (perda de calor da superfície do corpo para a superfícies mais frias próximas); (3) *evaporação* (perda de calor que ocorre durante a conversão de um líquido em vapor); e, (4) *condução* (perda de calor da superfície do corpo para superfícies mais frias em contacto directo).

Ao nascer, a criança é dotada de reflexos de busca, de sucção e de deglutição, podendo começar a alimentar-se logo após o nascimento (nas primeiras quatro horas) (Berkow, 2000). A alimentação da criança pode ser realizada através de leite materno ou leite adaptado. O leite materno é descrito como o alimento ideal para o recém-nascido, pois, para além de proporcionar os nutrientes necessários, da forma mais facilmente digerível e absorvível, contém anticorpos (imunoglobulinas) que contribuem para o sistema imunitário da criança (Berkow, 2000). Existem leites adaptados que contêm proporções adequadas de calorias, vitaminas e restantes nutrientes mas, obviamente, desprovidos de anticorpos. O leite, materno ou o adaptado, constitui a alimentação completa para os primeiros quatro a seis meses de vida da criança (Opperman & Cassandra, 2001). A alimentação da criança é essencial para manter os níveis de energia basal para manutenção: (1) da função metabólica orgânica; (2) da actividade física; (3) da digestão de alimentos; e, (4) da energia para o crescimento.

O recém-nascido chora vigorosamente quando tem fome. Aliás, o choro é a forma que os recém-nascidos têm de comunicar fome, desconforto, dor ou desejo de atenção.

São considerados indicadores da eficácia da ingestão nutricional: (1) alerta, turgor normal da pele, mucosas hidratadas, sucção forte e coordenada, apresenta períodos de vigília e fome alternados com períodos de satisfação e sonolência; (2) frequência das mamadas (oito a dez vezes nas 24 horas); e, (3) eliminação (seis a oito fraldas em 24 horas, com duas a três dejecções). Para Lowdermilk *et al.* (2002) e Bobak *et al.* (1999) quando a nutrição é apropriada existe adequado aumento do peso, comportamento alimentar vigoroso e sinais de satisfação (nomeadamente dormir no intervalo das mamadas, chorar com moderação e estar interessado na socialização).

Presentemente, defende-se que os esquemas de alimentação devem ser determinados pela fome da criança (Wong, 1999), isto é, alimentação por "*livre demanda*" (Lowdermilk [et al.], 2002; Wong, 1999). De facto, como se sabe que o processo de digestão no ser humano tem a duração média de três horas, o intervalo entre as mamadas acaba, em grande medida, por ser determinado pela quantidade e qualidade de colostro/leite ingerido na mamada anterior.

Relativamente às características do leite materno, é agora conhecido que o leite do início da mamada é significativamente diferente do leite do final da mamada (da mesma mama). O leite inicial é mais rico em proteínas e o do final da mamada mais rico em gordura. Isto significa que se a criança esvaziar a mama recebe os dois tipos de leite e o nível de saciedade será maior (Lowdermilk [et al.], 1999).

O conhecimento sobre o padrão normal de crescimento e o desenvolvimento infantil é essencial para despistar, atempadamente, alterações. Cada etapa de desenvolvimento é marcada por um conjunto de parâmetros que devem ser avaliados por forma a identificar os possíveis desvios, nomeadamente no que concerne às medidas de referência do crescimento (peso, perímetro cefálico e comprimento), ao exame físico da criança e às características comportamentais (Lowdermilk [et al.], 2002).

A atenção à família

Brazelton (1981) escreveu no seu livro, *On becoming a family*, o bebé dá-nos a oportunidade de sermos uma família. De facto, cada recém-nascido chega a este mundo rodeado por uma família. Por isso, de acordo com Bobak *et al.* (1999), a atenção do enfermeiro deve também centrar-se na unidade familiar, enquanto alvo dos cuidados, no que concerne às reacções e aos sentimentos dos pais em relação à experiência do nascimento e as interacções com o novo bebé.

O enfermeiro deve ter presente que a proximidade familiar deve ser mantida, tanto durante a gravidez, como durante o trabalho de parto, já que os pais necessitam de oportunidades para fortalecerem o processo de vinculação com o filho. O processo de paternidade baseia-se numa relação entre mãe/pai e filho recém-nascido, interacção essa influenciada tanto pelos pais como pela criança (Wong, 1999). Este processo de envolvimento inicia-se frequentemente logo a seguir ao parto. Aquando do nascimento, a maioria dos pais gosta de olhar, tocar, segurar e examinar o filho. O recém-nascido pode ser colocado sobre o abdómen da mãe, momento único de contacto pele com pele, podendo ainda ser permitido a um dos pais a possibilidade de cortar o cordão umbilical. Muitas vezes, as mães desejam amamentar o filho logo após o nascimento. Porém, nem sempre a situação ilustrada corresponde à reacção dos pais. Por vezes, a apatia, a tristeza ou a desilusão para com o filho recém-nascido emergem. Estas reacções podem

ser desencadeadas por inúmeros factores, nomeadamente a fadiga, a dor, ou o desapontamento com o sexo ou a aparência da criança.

Klaus e Kennel (1993), na sua teoria sobre a interacção precoce entre pais e filho, defendem que o contacto nas primeiras horas após o parto é fundamental para o desenvolvimento da ligação afectiva da mãe ao seu filho. No entanto, Wong (1999) adverte que mesmo que este primeiro contacto não tenha sido possível, não faltarão oportunidades para o desenvolvimento dessa ligação. Por isso, esta autora acrescenta ainda que os enfermeiros podem, a qualquer momento, influenciar, positivamente, a ligação entre os pais, em particular, entre a mãe e o filho. Efectivamente, a formação de vínculos constitui um processo complexo que se desenvolve paulatinamente, sendo influenciado por inúmeros factores, um dos quais o contacto inicial (Wong, 1999). Lowdermilk *et al.* (2002) acrescentam, ainda, que os laços afectivos desenvolvem-se pelo contacto sistemático entre pais e filho. À medida que os pais se tornam conhecidos, identificam o bebé como indivíduo e reconhecem-no como membro da família, passando a amar e a aceitar o filho.

De facto, segundo Klaus e Kennel (1993), a ligação entre a mãe e o filho, em particular no momento do parto, é animada pelo olhar, pelo tocar e pelo cuidar da criança, sendo influenciada, tanto pelo passado recente (período e circunstâncias em que decorreu a gravidez), como pelos comportamentos do recém-nascido[15] (contacto visual, chora quando tem fome ou está molhado, facilmente consolável, etc.) e/ou comportamentos da mãe (olha, examina as características físicas, trata-o pelo nome, sorri para o filho, demonstra orgulho, encara os comportamentos da criança de forma positiva, etc.).

Em síntese, esta forma particular de «amar» é estimulada e desenvolvida a partir do contacto visual, do toque, da fala e do impulso para se conhecerem, através do qual os pais procuram reconhecer no filho traços de familiaridade (Lowdermilk [et al.], 2002).

A vinculação é um tipo específico de um conjunto mais vasto de ligações, que Bowlby e Ainsworth designaram por *ligações afectivas*. Este tipo de ligação caracteriza-se,

---

[15] Desde o nascimento que a criança apresenta um repertório de características e comportamentos promotores da proximidade, universais na espécie, que garantem o processo de vinculação (Bowlby, 1982; Schaffer, 1999).

especificamente, pela procura de segurança e de conforto, pela proximidade e por ser persistente (Ainsworth, citada por Canavarro [et al.], 2001).

Schaffer (1999) assinala como características da vinculação: (1) ser selectiva, isto é, quando estabelecida focaliza-se num indivíduo particular (figura de vinculação); (2) envolver a procura de proximidade física; (3) proporcionar conforto e segurança; e, (4) quando estabelecida, produz angústia de separação aquando da falta de proximidade.

A vinculação é uma ligação impregnada de reciprocidade. Schaffer (1999) refere que apesar de a criança estar *biologicamente inclinada* para manter a proximidade (chorar, agarrar, sorrir, etc.), estes comportamentos só serão eficazes se os pais corresponderem ao comportamento da criança.

Bowlby (*cit. In* Schaffer, 1999) defende que, no decorrer dos dois primeiros anos, a vinculação efectiva-se à medida que o comportamento da criança se torna mais organizado e intencional (Quadro 8).

	Idade (meses)	*Principais características*
(1) **Pré-vinculação**	0-3	Resposta social indiscriminada
(2) **Vinculação em curso**	3-6	Reconhecimento dos familiares
(3) **Vinculação bem definida**	6-24	Protesto pela separação; preocupação com estranhos; comunicação intencional
(4) **Parceria de objectivos**	24 e mais	Formação de uma relação recíproca corrigida por objectivos.

Quadro 8 - Fases do desenvolvimento da vinculação
(Adaptado de Bowlby (1984), cit. In Schaffer, 1999)

Assim, assumir a responsabilidade de ser mãe/pai é arcar com a responsabilidade de interagir assegurando os cuidados ao filho, nomeadamente os cuidados de protecção, de segurança e de alimentação (designados por Bowlby (1990) como comportamentos de vinculação). De facto, alimentar a criança é um dos cuidados maternos essenciais na construção da relação entre a mãe e o filho, na medida em que constitui um comportamento que denuncia vinculação (Bowlby, 1990).

Bowlby (1990) refere que o "amor"[16] da criança surge, em primeira instância, associado à satisfação da necessidade de alimento, e, por isso, a ligação com a mãe é fundamental.

[16] De acordo com vários autores, vinculação é sinónimo de amor (Ainsworth, Harlow citados por Gomes Pedro, 1982).

Neste contexto, surge o fenómeno amamentação que emerge como uma oportunidade de interacção privilegiada no momento de alimentar a criança.

No século passado, a partir dos anos 70, foram apresentados inúmeros estudos sobre as vantagens da amamentação conduzindo a adopção de políticas de promoção, protecção e apoio do aleitamento materno. Contudo, a acção de amamentar, por ser um comportamento intencional e não instintivo, necessita de ser ensinada e aprendida (Carvalho & Tamez, 2002; Wong, 1999).

No «modelo de mulher-mãe» vigente o amamentar faz parte do ser "mãe-perfeita" (Carvalho & Tamez, 2002). Contudo, quando este modelo é imposto pode desencadear complexos culpa e, consequentemente, influenciar negativamente a ligação entre a mãe e o filho no futuro (Carvalho & Tamez, 2002). Como sugerem estes investigadores "*não se pode pensar que a simples transmissão de informação sobre as vantagens do aleitamento materno ou as prescrições dos profissionais de saúde, muitas vezes moralizantes determinem a vontade da mulher para amamentar*" (2002:105). Aliás, a amamentação bem sucedida depende, mais do desejo da satisfação e dos recursos disponíveis, do que de quaisquer outros factores (Wong, 1999). De facto, a mãe pode estabelecer uma ligação de proximidade, com comportamentos em tudo semelhantes aos comportamentos que adoptam quando amamentam (dão mama), enquanto alimentam o filho com o biberão (quer o leite seja materno ou artificial).

A alimentação assume particular relevância na interacção mãe-filho na medida em que é essa a forma através da qual a criança integra os pais, em particular a mãe, no seu próprio mundo (Bobak [et al.], 1999). O recém-nascido realiza a "pega" do mamilo facilmente, suga com movimentos deslizantes da mandíbula em séries de sucção (mais vigorosas no início da mamada), a deglutição é audível e a criança parece relaxada enquanto é alimentada. Enquanto é alimentada, a criança agarra, segue com o olhar, sorri, entre outras respostas instintivas e próprias da espécie humana (Bowlby, 1982).

Capítulo 2. Enquadramento metodológico

Temos de aceitar caminhar sem caminho,
fazer o caminho no caminhar
Edgar Morin

Metodologia é, etimologicamente, a ciência em ordem a encontrar «um caminho para», usando um método, isto é, um programa pré-estabelecido para alcançar tal fim (Azevedo & Azevedo, 2000). É este o sentido da acção de investigar. Por isso, um processo de investigação lança-nos na aventura de conhecermos mais, e melhor, determinado aspecto da realidade, de correrrmos o risco de voltar atrás, refazer e redefinir o que já está feito e definido, num permanente desafio às nossas capacidades.

2.1. Do percurso metodológico

O método é um caminho para o desconhecido
em que se aprende a reconhecer
elementos conhecidos.
Collière (1999)

Todas as profissões têm necessidade de, a cada momento, verem reconhecida a sua relevância social. Por isso, procuram estabelecer um campo de acção próprio, assumindo competências e responsabilidades nessa área, de modo a obterem o reconhecimento social que lhes garantam a sobrevivência e o êxito, enquanto profissões. Também as chamadas profissões do conhecimento, dentro das quais se insere a

Enfermagem, não fogem a esta condição. Neste caso com a particularidade de que o seu reconhecimento social passa também, e em larga medida, pelo alargamento da base de conhecimentos que suportam as decisões profissionais propriamente ditas. Para uma eficaz mudança na prática, quer em termos de raciocínio diagnóstico, quer em termos de comunicação, os enfermeiros necessitam compreender e partilhar os conceitos que as palavras encerram.

2.1.1. Justificação do estudo

A enfermagem, profissão reconhecidamente em desenvolvimento, continua a tentar construir e a solidificar uma base de conhecimentos própria e singular (Georges [et al.], 1993) que lhe permita optimizar a sua prática e descrever o que é a sua real contribuição para os ganhos em saúde das populações. O desenvolvimento deste corpo de conhecimentos torna-se, assim, na pedra de toque da afirmação profissional, para o qual muito contribui a definição e a clarificação das áreas de atenção profissional de acordo com o seu mandato social e em conformidade com a matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem.

De facto, reconhecer e nomear os aspectos de saúde relevantes para a prática - os fenómenos de enfermagem - constitui o primeiro, e decisivo, passo de um processo de decisão autónomo (processo de enfermagem) que tem continuidade na prescrição e na execução das intervenções, na avaliação dos resultados obtidos e na assunção das responsabilidades pelos actos praticados.

Porém, para nomear ou descrever algo são necessárias palavras. Encontrar as palavras que descrevam a natureza particular dos cuidados de enfermagem é, hoje, um dos grandes desafios da enfermagem. É que a linguagem é um meio básico para comunicar os resultados das observações e os pensamentos. E, como a prática de enfermagem é evidenciada, também, pela análise, interpretação e processamento de informação, não pode prescindir da construção de uma linguagem própria (Silva, 2000). Por isso, o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia estandardizada e um sistema de classificação são considerados pré-requisitos relevantes para alcançar tal desiderato (Clark, 1998).

A CIPE® tende a ser um instrumento importante para a enfermagem e para os enfermeiros, facilitador da documentação do processo de enfermagem. E, este é um factor importante. Porém, vários autores sugerem que a documentação precisa e sistemática dos cuidados também disponibiliza informações pertinentes àqueles que decidem e que são responsáveis pelas políticas de saúde. Não são de admirar os esforços que têm sido realizados para a implementação de sistemas de documentação em enfermagem usando a CIPE® como linguagem classificada.

Contudo, para que a CIPE® seja adoptada e partilhada internacionalmente, é indispensável saber, em todos os países, até que ponto é sensível às variações culturais, dado que para ser útil e aplicável na prática de enfermagem, em qualquer lugar, o conteúdo da CIPE® tem que ser compreensível e significativo (Clark, 1996). Isto é, necessita incluir os termos que permitam descrever a prática de enfermagem, em qualquer serviço e em qualquer país (Clark, 1996). Neste mesmo sentido Simpson (2001) chega a afirmar que trabalhar com este propósito é trabalhar para o desenvolvimento de uma linguagem que descreve o cuidar em enfermagem.

Assim, faz todo o sentido que os enfermeiros nos diferentes países, em desiguais contextos de trabalho e em distintas realidades, confrontem (implementem, validem e desenvolvam processos de refinamento) a CIPE® com o seu propósito fundamental: incluir os termos, bem como as suas definições, necessários à descrição das situações que requerem cuidados de enfermagem, das intervenções de enfermagem e dos resultados obtidos. Neste confronto com diferentes realidades, a CIPE® torna-se progressivamente mais abrangente e mais consistente.

A nossa circunstância de docente da Escola Superior de Enfermagem de S. João, por um lado, e a nossa condição de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, por outro, geraram a motivação necessária à concretização de um trabalho de investigação que pudesse ser um contributo, ainda que modesto, para esse grande objectivo que é a existência de uma linguagem comum entre os enfermeiros, que estruture os conceitos que descrevem o seu conhecimento específico.

Se a CIPE®, enquanto sistema de classificação, define o corpo de conhecimento pela qual a enfermagem é responsável (Carpenito, 1997), a procura dos conceitos que

permitem descrever a prática parece constituir um desafio interessante. Assim, interrogamo-nos: será que a CIPE® tem todas os conceitos que os enfermeiros necessitam para descreverem a sua prática na área da obstetrícia? Será que os termos e as definições associadas se adequam à descrição desta realidade? Temos a convicção que a resposta a estas interrogações seria muito valiosa tanto para os enfermeiros, como para o processo de validação da CIPE®.

Deste modo, decidimos centrar a nossa atenção nos **focos da prática** das enfermeiras num serviço de obstetrícia. A acepção assumida é a proposta na CIPE®: "*área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem*" (CIPE®, 2000:xiii).

A opção pelo foco da prática, em detrimento de outros elementos da prática, tem a ver com o facto daquele ter estreita relação com o diagnóstico de enfermagem que é, como se sabe, uma etapa nuclear no processo de cuidados. Efectivamente, o foco da prática constitui, na estrutura da CIPE®, o Eixo A da Classificação dos Fenómenos o que dá à nossa opção uma consistência que assenta, por um lado, na sequência do processo de decisão, e, por outro lado, na estrutura da CIPE®. Outro aspecto, igualmente relevante para esta escolha, tem a ver com o facto de aos termos do Eixo A estarem associadas as correlativas definições, o que permite comparar e analisar quer os termos, quer os seus significados.

2.1.2. Finalidade do estudo

A representação dos saberes próprios da enfermagem passa por tomar a própria enfermagem como objecto da investigação. Assim, acreditamos ser possível traduzir parte significativa da prática dos enfermeiros para uma linguagem compreensível, que vá dizendo o que a enfermagem é...

Torna-se, assim, possível identificar relações entre elementos essenciais (objectivo, utente e necessidades em cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem, natureza e consequências dos cuidados de enfermagem) e o conteúdo substantivo da enfermagem (Mills, 1991).

Deste modo, tomando por base os discursos produzidos pelos enfermeiros, foi estabelecida como finalidade do estudo: **contribuir para a identificação dos conceitos que representam o campo de conhecimentos da Enfermagem, em particular no contexto de um serviço de obstetrícia, incrementando pela clarificação sobre os focos da prática do exercício profissional dos enfermeiros a qualidade dos cuidados prestados.**

Este estudo responde ainda, de algum modo, ao desafio lançado pelo CIE aos enfermeiros de todo o mundo, no sentido, de **participarem na validação e no refinamento da CIPE® através de estudos sobre a sua adequação cultural**. Como defendem Wake & Coenen (1998), trabalhar os conceitos - termos e as definições, bem como a estrutura da CIPE® não pode ser responsabilidade apenas de um restrito grupo de enfermeiros, por isso, é essencial a participação de todos na resposta a este desafio.

Perguntas de investigação

Neste estudo não pretendemos comprovar ou refutar hipóteses, procuráramos, antes, saber em que medida a CIPE® se adequa à descrição dos focos da prática dos enfermeiros, num serviço de obstetrícia.

As perguntas a que este estudo pretende dar resposta são:

- Quais os termos e expressões que os enfermeiros utilizam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia?
- Quais os significados que os enfermeiros associam aos termos e expressões que utilizam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia?
- Quais os termos e expressões usadas pelos enfermeiros, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, que têm correspondência em focos da prática da CIPE®?
- Qual o nível de concordância atribuída pelos enfermeiros, que exercem no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, com as definições da CIPE® relativas aos focos da sua prática?

2.1.3. Paradigma de investigação

A investigação é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos, ou seja, é "*uma forma ordenada, rigorosa e sistemática de encontrar respostas*" (Fortin, 1999:15), aumentando, por esta via, o conhecimento desses mesmos fenómenos. Deste modo, as questões foram entendidas como guias orientadores na determinação dos "*métodos que irão ser utilizados para obter respostas*" (Fortin, 1999:101). Simultaneamente, a forma de olhar a realidade - a que Kuhn (1970) designou de *paradigma* - influencia, também, o resultado da investigação. Como refere Basto, em função da forma como "*se vê o mundo, assim se descobre uma das suas faces, ficando outras por iluminar*" (1998:23).

Quando a atenção do investigador está centrada na interpretação dos discursos produzidos, enquanto expressões da mentalidade interna, o posicionamento a assumir terá que ser enquadrado no paradigma construtivista, tendo por base a metodologia qualitativa.

Nesta perspectiva, a leitura e a interpretação do investigador constituíram o instrumento fundamental da investigação (Burgess, 1997). De facto, nos estudos de investigação qualitativa, o investigador não se exclui da realidade que estuda, não fica à margem dos fenómenos que procura compreender e apreender o seu significado (Triviños, 1992). No entanto, este envolvimento não retira rigor ao estudo, já que a acção do investigador é uma acção disciplinada e metódica orientada por princípios explícitos e rigorosos (Triviños, 1992).

Como admitimos que a linguagem é a expressão do pensamento, aceitamos que as palavras usadas pelos enfermeiros traduzem a sua concepção da realidade. De facto, este estudo tem como propósito nuclear observar, descrever, documentar e classificar aspectos da linguagem - termos e expressões que os enfermeiros[17] usam para descrever a necessidade de cuidados, no local onde ocorrem, procurando interpretar e reconstruir o

[17] Ao longo do relatório referimo-nos a «enfermeiros» na generalidade e «enfermeiras» quando nos referimos aos profissionais do serviço de obstetrícia (a equipa é composta somente por mulheres).

seu significado (Bailey, 1997). No entanto, este estudo não pretende apenas limitar-se a observar e a descrever mas, também, indagar as suas dimensões, o modo como se manifesta e os factores com que se relaciona (Polit & Hungler, 1997), valorizando, mais do que as regularidades, as exemplaridades. Assim, este é um estudo que poderá ser enquadrado com sendo um estudo *não experimental, descritivo e exploratório, de natureza qualitativa.*

A pesquisa qualitativa é particularmente complexa já que está, geralmente, baseada não em números, mas em textos e palavras (mais densas que os números, com vários sentidos, com maior margem de interpretação, coligidas em grandes quantidades, por isso, mais difíceis de manipular e utilizar). No entanto, a opção por este modo de olhar a realidade parece-nos o mais próprio, na medida em que privilegia o contexto da descoberta, como contexto de partida de uma investigação, associado a uma abordagem indutiva (Lessard-Hébert, 1994), o que vai de encontro aos nossos interesses enquanto investigadores.

Desenho da parte empírica do estudo

Para responder às perguntas, esboçámos um plano com três momentos principais:

- *um primeiro*, em que procurámos identificar os termos e as expressões usadas pelas enfermeiras em linguagem natural, quer na documentação de enfermagem, quer na oralidade;

- *um segundo*, em que, num processo de construção de consensos envolvemos peritos e informantes chave na associação dos termos e expressões a focos da prática.

- e, *num terceiro*, em que se estudou as relações entre os termos e os conceitos.

A construção do *corpus de análise* resultou da colecção de termos e expressões que pareciam descrever necessidades em cuidados reunidos a partir da documentação produzida pelas enfermeiras, das notas de campo e entrevistas (Figura 11).

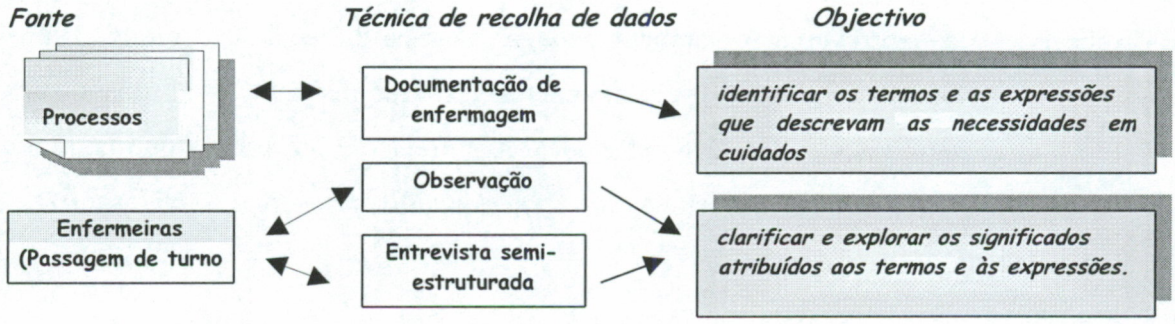


Figura 11 - Esquema representativo do primeiro momento do estudo.

Uma questão de fundo acompanhou o processo de recolha e análise de dados: ***este termo/expressão refere que foco da prática?***

O percurso descrito teve como principal propósito responder às questões: *quais os termos e expressões que os enfermeiros utilizam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia*? E, *quais os significados que os enfermeiros associam aos termos e expressões que utilizam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia*?

No segundo momento procurámos, recorrendo à técnica de Delphi, numa primeira abordagem demarcar os focos da prática, a partir da incerteza entre a associação entre os termos e as expressões usadas pelas enfermeiras a focos da prática da CIPE® e, numa segunda abordagem, a concordância, ou discordância, com as definições de focos da prática que emergiram (Figura 12).

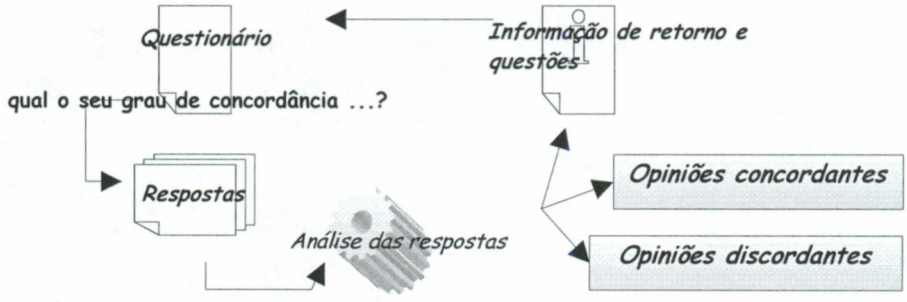


Figura 12 - Esquema representativo do segundo momento do estudo.

No final deste percurso conseguimos responder à questão: *quais os termos e expressões usadas pelos enfermeiros, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, que têm correspondência em focos da prática da CIPE®?*

O terceiro momento consistiu na determinação dos níveis de concordância, ou discordância, atribuída pelo painel de peritos às definições dos focos da prática de enfermagem de saúde materna e obstetrícia que foram emergindo. Para tal recorremos a uma nova ronda, lançando outro questionário. Esta abordagem permitir responder à questão: *qual o nível de concordância atribuída pelos enfermeiros, que exercem no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, com as definições da CIPE® relativas aos focos da sua prática*?

Os contextos

O trabalho de campo decorreu entre Dezembro de 2000 e Outubro de 2001, no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, depois de autorizado pelo Conselho de Administração (Anexo 1).

O serviço de obstetrícia é composto pelas unidades de cuidados: Grávidas de risco, Bloco de partos e Puerpério. Estas três unidades de internamento hospitalar visam dar resposta às necessidades em cuidados de saúde da grávida de risco (Unidade grávidas de risco), da parturiente e do feto (Bloco de partos) e, da puérpera e recém-nascido (Puerpério). Daqui decorre que, devido às diferentes necessidades e características das utentes e família que atendem, as enfermeiras têm padrões de cuidados distintos.

A ***Unidade de grávidas de risco***, funcionalmente dependente do Bloco de partos, está dotada de nove camas, distribuídas por quatro salas (três salas com duas camas e uma com três camas). Duas destas salas, com duas camas, são habitualmente ocupadas por gestantes que iniciam a indução do trabalho de parto.

Cada unidade de cuidados tem uma equipa de enfermagem distinta, com a excepção da Unidade Grávidas de Risco. A equipa de enfermagem desta unidade é composta por um total de onze enfermeiras. Destas, seis são enfermeiras *Nível 1*, com horários semanais de 35 horas distribuídas pelos turnos da manhã, tarde e noite; e, cinco são enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, que pertencem à equipa de enfermagem do Bloco de partos, presentes nos turnos da manhã e tarde. O método de trabalho adoptado corresponde ao método individual, sendo que, sempre que são necessários cuidados

especializados, é da responsabilidade da enfermeira especialista o diagnóstico (ou a sua validação) e a decisão sobre as intervenções de enfermagem.

O serviço de ***Bloco de partos*** está organizado em dois sectores funcionais. Um dirigido às situações de urgência obstétrica e outro designado por bloco de partos. O espaço destinado ao internamento das parturientes está organizado em seis unidades de parto (que as enfermeiras designam por "*boxe*"). Cada "*boxe*" está equipada com todo o equipamento necessário para a vigilância do trabalho de parto, execução do parto via vaginal, para prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido e para a reanimação neonatal. Cada "*boxe*" tem duas entradas: uma entrada para o interior do serviço que permite o acesso à equipa de saúde e outra entrada virada para o corredor, que permite a entrada e saída do acompanhante da parturiente (pai da criança ou outra pessoa significativa para a grávida), já que é permitida a sua presença durante as vinte quatro horas. O Bloco de partos está também dotado de uma sala equipada para realizar o parto em situações especiais, nomeadamente partos instrumentados, e uma outra sala equipada para a permanência da puérpera com complicações pós-parto.

A equipa de enfermagem do Bloco de partos é constituída somente por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, num total de 25 elementos. O método de trabalho é o método individual sendo que cada enfermeira fica responsável por um determinado número de parturientes.

O serviço de ***Puerpério*** está dotado de 29 camas, distribuídas por sete enfermarias e um quarto de isolamento. O serviço tem uma área específica denominada Berçário, onde permanecem os recém-nascidos que carecem de cuidados especiais, nomeadamente fototerapia.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de 25 enfermeiras. O método de trabalho é o método individual em que cada enfermeira fica responsável por um determinado número de puérperas e respectivo recém-nascido. Todas as enfermeiras da equipa são de *Nível 1* com a excepção da *Enfermeira Chefe* que é detentora da especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Das técnicas de recolha de dados

Neste estudo as técnicas de recolha de dados empregues filiam-se nas abordagens qualitativas, tendo sido utilizadas: a análise documental, a observação, a entrevista e a técnica de Delphi.

A opção pela utilização conjugada de diferentes técnicas de recolha de dados decorre da necessidade de recolher dados ricos em pormenores descritivos relativos aos discursos (orais e escritos) por forma a melhor apreender o objecto de estudo.

Documentação de enfermagem

LoBiondo-Wood & Haber afirmam que se podem realizar estudos recorrendo às informações existentes se, ao serem "*examinadas de uma forma nova*" (2001:182) forem capazes de responder às questões de investigação. Os registos ou documentos disponíveis, nomeadamente o processo do utente, podem constituir uma importante fonte de dados e de informações, passível de consulta e de análise.

Como a documentação produzida pelos enfermeiros é um elemento vital para documentar a condição do doente e para dar conta das actividades de enfermagem (Meiner, 1999), decidimos analisar os registos de enfermagem (textos produzidos pelas enfermeiras para descrever as suas actividades) na procura de ***termos e de expressões, usadas pelas enfermeiras para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem - áreas de atenção***.

Os documentos são constituídos por um conjunto de impressos com uma estrutura pré-definida (modelos) onde as enfermeiras escrevem as suas anotações (ou registos).

Apesar de cada utente ter um processo único (conjunto de documentos relativos a essa utente), não existe uma completa uniformização dos impressos utilizados, isto é, cada serviço tem alguns impressos próprios. No caso dos serviços Bloco de partos e Puerpério importa referir que o recém-nascido também é, para além da mãe, alvo dos cuidados, o que determina a existência de um impresso próprio para registar os dados referentes ao mesmo.

A análise foi realizada tomando por base o conteúdo dos impressos (Anexo 2):

Internamento (Bloco de partos)
História clínica (Bloco de partos)
Bloco de partos (Bloco de partos)
Folha de enfermagem (Bloco de partos)
Obstetrícia - notas de enfermagem (Puerpério)
Obstetrícia cesariana - notas de enfermagem (Puerpério)
Avaliação de enfermagem - recém-nascido (Puerpério)
Notas de enfermagem (Grávidas de risco).

A opção por estes impressos fundamentou-se no facto de estes estarem destinados à documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros.

Modelo de análise

A análise à documentação de enfermagem incidiu sobre os registos dos enfermeiros nos impressos referidos. Para proceder a esta análise tomámos por base o modelo descrito por Silva (1995, 2001), sendo consideradas as categorias definidas *a priori* que, na opinião do mesmo autor, reflectem as dimensões funcionais e os critérios de registos de enfermagem (Figura 13).

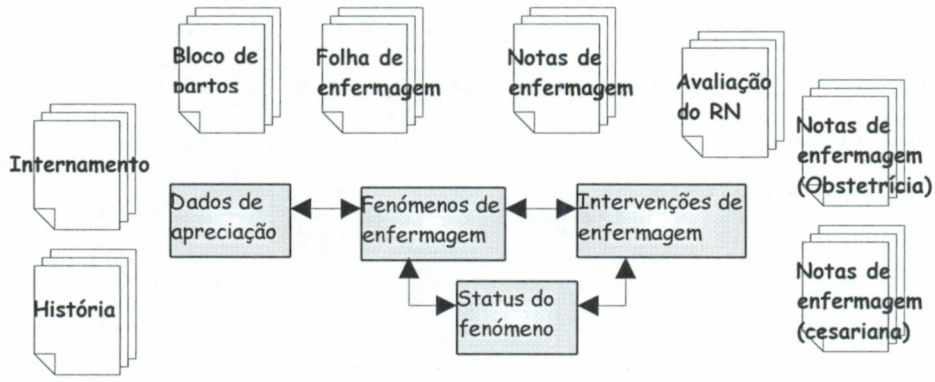


Figura 13 - Esquema do modelo de análise à documentação de enfermagem
(ADAPTADO DE SILVA, 2001:84)

Os dados recolhidos a partir da documentação de enfermagem foram transcritas em linguagem natural, ou seja, na mesma linguagem usada pelas enfermeiras, sendo posteriormente categorizados, à luz deste modelo de análise. A nossa atenção esteve centrada na identificação das áreas de atenção usadas no processo diagnóstico e cujo enunciado determinava intervenções auto-iniciadas.

Por não existir um impresso próprio para o registo dos dados referentes à apreciação inicial, estes foram recolhidos a partir de campos próprios, dispersos por diferentes impressos. Os diagnósticos de enfermagem, ou áreas de preocupação das enfermeiras, foram recolhidas essencialmente nos impressos destinados ao uso exclusivo das enfermeiras, mas também podiam ser encontrados nos impressos com modelos de registo de dados já definidos.

Durante o processo de análise, que se seguiu à recolha destes dados, emergiu a necessidade de criar mais uma categoria para incluir os termos e as expressões que não reuniam os critérios de inclusão nas categorias definidas *a priori*, isto é, dados que não referiam a apreciação inicial, nem os diagnósticos ou as áreas de preocupação, nem, tampouco, qualquer intervenção. Esta nova categoria foi designada por "Outros".

Deste processo de análise resultaram categorias constituídas por listas de termos e de expressões que referiam os diagnósticos ou as áreas de preocupação, as intervenções e a vigilância. Contudo, de acordo com a finalidade do estudo, dedicámos particular atenção aos termos e às expressões que descreviam necessidades de cuidados de enfermagem, incluídos na categoria ***áreas de atenção de enfermagem***.

A recolha de dados, tendo por base a documentação de enfermagem, foi dada por terminada quando se considerou atingida a *saturação teórica* dos dados, isto é, quando as diversas dimensões das categorias se esgotaram não emergindo dados inéditos. Para esta opção baseamo-nos em Fortin, quando afirma que a *«saturação» dos dados* aponta para o momento da recolha de dados a partir do qual "*o investigador não aprende nada de novo dos participantes ou das situações observadas*" (1999:156).

Observação

A observação, segundo Marconi & Lakatos (1999), é uma técnica de recolha de dados que utiliza os sentidos para apreender aspectos da realidade, em que o investigador constitui o principal instrumento. A grande vantagem de recolher os dados enquanto observador participante "*reside na oportunidade de estar disponível para recolher dados ricos e pormenorizados*" (Burgess, 1997:86), no contexto em que ocorrem (Morse & Field, 1995:26).

A decisão de avançar para uma observação, com o propósito de identificar os termos e as expressões usadas pelas enfermeiras para comunicarem, na oralidade, as necessidades em cuidados, deveu-se, em grande parte, ao facto de se acreditar que os enfermeiros não documentam todas as necessidades de cuidados, nomeadamente as que se enquadram na dimensão: processo de enfermagem. De facto, Silva (2001) advoga que esta dimensão funcional é deficitária, referindo ainda que existe uma certa insatisfação por parte dos enfermeiros no que concerne à documentação de enfermagem, em particular a que traduz a tomada de decisão.

Assim, e porque muito do que os enfermeiros pensam, fazem e sabem não fica escrito, decidimos aceder ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior do mesmo, conseguindo relatos, na linguagem dos informantes, com os conceitos e significados que lhes são próprios. Conforme nos revela Pereira (2001), "*há coisas que não se escrevem mas que se dizem*" dada a sua natureza expressiva no contexto da acção do serviço.

Laville & Dionne (1999) afirmam que as técnicas de observação variam de acordo com o grau de proximidade entre o observador e o objecto de observação.

Ao pensar no papel a assumir durante a observação reflectimos sobre as diversas possibilidades. Gold (1958, *cit. In* Burgess, 1997; Kennedy, 1999; Savage, 2000) distinguiu quatro papéis que o investigador pode desempenhar no terreno: *o participante*, que esconde a sua acção de observador; o *observador participante*, que participa enquanto observa, desenvolvendo relações com os informantes; o *participante observador*, cujo contacto com o informante é breve e formal, e "tornar-se nativo" (*going native*) é improvável; e, por último, *o observador*, em que o observador não mantém interacção com o informante, só observa.

Qual o papel a assumir? Observador? Observador participante? Burgess (1997) certifica que o investigador pode, no terreno, assumir, em diferentes fases da pesquisa, diferentes papéis. Todavia, como menciona Kennedy (1999), o papel do investigador deve resultar de uma escolha baseada nos contextos, nas circunstâncias e nos objectivos do estudo. Atendendo ao objecto de estudo e às suas finalidades, sentimos necessidade de assumir diferentes papéis durante a observação.

Os papéis adoptados em campo variaram entre o de *observador* e o de *observador participante*. Nos primeiros tempos de observação assumimos um papel mais próximo do observador. Assistíamos às passagens de turno e não procurávamos conversas demoradas com as enfermeiras. Fazíamos breves comentários mas sem o estabelecimento efectivo de comunicação. Com o decorrer do tempo, foi inevitável um contacto mais próximo. Deste modo, fomos assumindo um papel mais próximo de *observador participante*, ou seja, conversávamos com as enfermeiras sobre assuntos do serviço, sobre o estudo, sobre termos e expressões usados. O propósito da observação passava por dar atenção às palavras e às frases usadas bem como às circunstâncias em que eram usadas. Nesta medida, a condição de maior participação permitiu-nos recolher, junto dos informantes, relatos clarificadores do significado atribuído às palavras.

Para ultrapassar o obstáculo mais importante da fidelidade dos dados recolhidos, que é o da subjectividade de diferentes observadores (Fortin, 1999), a observação contou somente com um investigador. Em relação ao momento em que se deve realizar a observação, Laville & Dionne (1999) defendem que o investigador deve escolher uma abordagem à realidade que lhe permita responder aos objectivos do estudo, ou seja, devem escolher-se momentos privilegiados. Neste contexto, entendemos que o momento privilegiado seria a ***passagem de turno***. De facto, este é um momento particular, caracterizado por relatos das enfermeiras do turno cessante para as enfermeiras que iniciam turno, em que se veiculam grandes quantidades de informação relevante.

Conscientes de que, como nos alertam Hammersley & Atkinson (1994), documentar toda a realidade é humanamente impossível, pois a realidade é bem mais matizada do que o que se consegue registar, decidimos construir um guia de observação com o propósito de, evitar dispersões, facilitando o processo de recolha de dados.

O registo dos acontecimentos foi feito em suporte de papel. Ainda admitimos a possibilidade de utilizar registo em fita magnética mas não houve anuência por parte das enfermeiras para o uso de gravador. Como procurámos registar a informação relevante o mais próximo possível da sua ocorrência, observação e registo foram acções frequentemente coincidentes.

A observação decorreu durante dois meses (Fevereiro e Março de 2002), tendo abrangido um total de 18 passagens de turno, distribuídas pelas diferentes unidades de cuidados, com uma duração média de 30 minutos (Tabela 1).

Serviço/ Unidade	*Passagem de turno*
Bloco de partos	6
Grávidas de risco	5
Puerpério	7
Total	***18***

Tabela 1 - Distribuição das passagens de turno (a que assistimos pelas unidades de cuidados)

A decisão de dar por terminada a observação foi tomada quando se começou a constatar uma certa constância e repetição no conteúdo das passagem de turno. Esta decisão está em consonância com a *saturação teórica* proposta por Bogdan & Bilken (1994). Estes autores consideram que as diversas dimensões das categorias se esgotam, quando o conteúdo dos discursos produzidos pelas enfermeiras submetido a análise não gera novas categorias para além daquelas que já estão estabelecidas.

Entrevistas

A observação participante permitiu recolher dados no momento e nos contextos em que os acontecimentos ocorreram. Contudo, a informação obtida exigia ainda uma clarificação que possibilitasse a posterior atribuição de sentido ao seu conteúdo. E quem melhor para clarificar o significado dessa informação do que aqueles que estiveram na origem da sua produção. A aproximação complementar a estes actores da realidade social fez-se agora através do recurso a técnicas de inquérito. Admitimos que o recurso ao depoimento dos enfermeiros permitiria explorar as razões para acção, nomeadamente os conhecimentos que as sustentavam (Laville & Dionne, 1999).

Entre as diferentes técnicas disponíveis optou-se pela entrevista. Esta técnica de inquirir representa um modo de "*recolher dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo*" (Bogdan & Biklen, 1994:134).

As entrevistas variam de acordo com o grau da sua estruturação e o grau de liberdade concedido aos sujeitos entrevistados, podendo situar-se num contínuo cujos extremos

são a entrevista estruturada e a entrevista não estruturada. Entre estes dois pólos colocámo-nos numa posição intermédia, a entrevista semi-estruturada. Nesta modalidade, apesar da existência de um guião que orienta a entrevista, o entrevistado tem liberdade para responder, de acordo com a profundidade almejada (Ghilione & Matalon, 1993). A entrevista com estas características complementa a observação, permitindo ainda a contextualização dos discursos e a fidelidade ao seu significado (Bogdan & Biklen, 1994).

Cada entrevista foi preparada a partir de algumas questões *pivot* que orientavam para a descoberta do significado dos termos e das expressões que iam emergindo na observação. Por exemplo, "*quando refere X qual é a sua preocupação?*", "*quando há pouco se referiu que a parturiente estava X, o que queria dizer com isso?*", "*que significado atribui a X?*", sendo X o termo ou a expressão usada pela enfermeira.

Na busca dos significados decidimos realizar entrevistas individuais e entrevistas de grupo (Hammersley & Atkinson, 1994; Burgess, 1997). A opção por cada uma destas modalidades e o número de elementos do grupo (que oscilou entre dois e quatro) foram sobretudo determinados pela disponibilidade das enfermeiras (informantes-chave). A selecção dos informantes-chave foi um processo intencional já que resultou sempre de uma escolha do investigador, mas que foi acontecendo de modo espontâneo à medida que a nossa interacção com as enfermeiras ia progredindo. Como afirmam Bogdan e Biklen (1994), à medida que a investigação vai evoluindo os indivíduos particulares são seleccionados. A demonstração de interesse e disponibilidade em participar no estudo constituíram os principais critérios de selecção.

As entrevistas, realizadas logo depois da passagem de turno (e geralmente no mesmo local), decorreram, tal como sugerem Bogdan & Biklen, como se se tratasse de "*conversas de amigos*" (1994:134). Esta situação só foi possível porque o entrevistador e o(s) entrevistado(s) já tinham algum conhecimento prévio. Mesmo assim, a entrevista era sempre solicitada pelo entrevistador, sendo, desde o primeiro momento, clarificada (se necessário) a finalidade do estudo e assegurado o anonimato do entrevistado e garantido o carácter confidencial das informações.

Os discursos produzidos foram registados em suporte de papel durante a realização da entrevista e, no momento imediatamente seguinte, validado o seu conteúdo com o sujeito que o produziu (o relato era lido para verificar se correspondia ao dito). As entrevistas, à medida que foram sendo realizadas, foram codificadas em função da sua sequência, do serviço de proveniência do entrevistado e da data de realização. O conteúdo de cada entrevista foi também codificado tendo por base o termo/expressão que se pretendia clarificar.

No total, foram realizadas oito entrevistas, das quais seis de grupo, a enfermeiras das três unidades. A duração de cada uma das entrevistas variou entre vinte minutos e uma hora.

Técnica de Delphi

A técnica Delphi, original dos anos 40 do século passado, foi assim designada em homenagem ao Oráculo de *Delfos* da Antiga Grécia, a quem os gregos recorriam para conhecer os seus destinos e os resultados das guerras[18].

A técnica de Delphi corresponde a um "*conjunto de procedimentos iterativos aplicados a um grupo não presencial com o objectivo de obter a opinião consensual sobre uma matéria*" (Justo, 1994:135). Corresponde a uma forma de reunir, sistematicamente, opiniões sobre um tema em particular, através de uma série de questionários, cuidadosamente construídos, que se *retro-alimentam* de opiniões resultantes de respostas anteriores.

Considerada por vários autores como um método qualitativo de previsão baseado na perícia, experiência ou intuição e na informação disponível, pode dizer-se que a técnica Delphi é uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de peritos (Fortin, 1999). No entanto, e apesar do seu principal propósito ser compreender como é que as pessoas pensam ou sentem para alcançar consensos,

[18] Como técnica de recolha de dados, passou a ser disseminada no começo dos anos 60 com base em trabalhos desenvolvidos por Olaf Helmer e Norman Dalker, pesquisadores da Rand Corporation nos Estados Unidos da América (Giovinazzo e Fischmann, 2001). O objectivo original era desenvolver uma técnica para aprimorar o uso da opinião de peritos e/ou informantes chave na previsão tecnológica. Ao longo do tempo, a técnica passou a ser utilizada para a previsão de tendências, sobre os mais diversos assuntos.

também importa, tanto o que existe em comum como o que existe de diferente, na perspectiva dos participantes. Assim, a técnica de Delphi, enquanto técnica de consensos tem como principal finalidade definir os níveis de acordo, ou desacordo, em assuntos específicos (Justo, 1994). Segundo Wright & Giovinazzo (2000) a técnica de Delphi não pretende executar um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo, mas, sim, realizar uma consulta a um grupo limitado e seleccionado de peritos que, através da sua capacidade de raciocínio lógico, da sua experiência, procuram chegar a pareceres sobre as questões propostas.

O facto de se caracterizar pelo anonimato e de não necessitar de "ser presencial" constitui, no nosso estudo, uma mais-valia. Estas condições reduzem a influência de factores psicológicos, como por exemplo os efeitos da capacidade de persuasão, da relutância em abandonar posições assumidas e o domínio de grupos maioritários em relação a opiniões minoritárias (Giovinazzo & Fischmann, 2001). Deste modo circunscrevem-se as pressões para o conformismo com determinada opinião, a sua aceitação sem reflexão, prevenindo-se, desta forma, o "efeito de Halo" (Goossen, 2000).

Por outro lado, segundo Wright (*cit. In* Giovinazzo & Fischmann, 2001), o uso de questionários com respostas escritas conduz a uma maior reflexão e cuidado nas respostas em comparação a uma discussão em grupo.

No recurso a esta técnica houve duas preocupações centrais: (1) a selecção dos peritos e informantes chave e, (2) a determinação dos níveis de consenso.

Da construção do painel de peritos/informantes chave

A selecção dos participantes baseou-se, não na procura de indivíduos, mas sim de indivíduos enquanto explicadores da realidade, ou seja, como informantes chave (Taylor & Bogdan, 1986). Fortin (1999) define informador chave como uma pessoa perita no fenómeno de interesse para a investigação e que está disposta a partilhar as suas informações e conhecimentos com o investigador. Por seu turno, Pill (*cit. In* Justo, 1993) acrescenta que perito é alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo.

Em relação ao número de participantes no painel, Goossen (2000) considera que pode variar de 10 a várias centenas. No entanto, Delbecq, Van de Vem & Gustafson (1984) consideram que se o grupo for homogéneo são suficientes entre dez a quinze participantes. Giovinazzo & Fischmann (2001) advogam que a qualidade do resultado depende essencialmente dos participantes do estudo e que um número entre 15 a 30 peritos é considerado um número suficiente para gerar informações relevantes. Em relação à selecção dos participantes, Goodman (*cit. In* Justo, 1993) defende que se forem representativos dos peritos da área de conhecimento em estudo, estará assegurada a validade do estudo.

Ponderadas as diferentes opções foram seleccionados dezoito peritos/informantes chave que reuniram os critérios de inclusão (Quadro 9).

(1) ser enfermeiro com interesse na área de conhecimento de saúde materna e obstetrícia (nomeadamente: exercer funções no Serviço de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano; ou, ser responsável pela supervisão das unidades de cuidados Bloco de partos, Grávidas de Risco e Puerpério da Unidade Local de Saúde - Hospital Pedro Hispano; ou, ser enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica e pertencer à Unidade de Investigação de Sistema de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de S. João (USINE).
(2) aceitar participar no estudo.

Quadro 9 - Critérios de inclusão no painel de peritos/informantes chave

Dezoito enfermeiras constituíram o painel de peritos/informantes chave, das quais nove eram especialistas em saúde materna e obstetrícia, duas eram enfermeiras graduadas, duas eram enfermeiras *Nível 1*, uma era enfermeira supervisora e quatro eram Professoras Adjuntas na Escola Superior de Enfermagem de São João. A média de idades era de 38 anos, variando entre os 25 e os 45 anos. O tempo de serviço era, em média, de 16 anos, variando entre os 4 e 20 anos.

Na altura do contacto e assentimento por parte das enfermeiras, foi marcada uma reunião realizada em Junho de 2002. Esta reunião teve como propósitos: formalizar a disponibilidade para integrar o painel de peritos; informar sobre o teor do questionário (de modo a que todos os participantes tivessem acesso às mesmas informações); informar sobre modo o de preenchimento e a entrega do questionário; e, por último, negociar os prazos de entrega dos questionários.

Dos critérios de consenso

O termo consenso expressa o resultado de um processo de interacção baseado no nível de acordo previamente definido, em que os participantes têm a oportunidade de emitir opinião sobre o assunto em estudo. Moscovici & Doise (1990) defendem que o consenso será uma aproximação à "*verdade*" na medida em que as escolhas do grupo forem racionais e maior for a extensão de ideias reunidas. No entanto, pela técnica de Delphi não se atingem consensos através da «simples» maioria das opiniões. Por outro lado, as respostas são consideradas como dados e não lhe é atribuído um valor como «certas» ou «erradas». Assim, os critérios de consenso, quando se recorre à técnica de Delphi, devem ficar definidos *a priori* (Justo, 1993).

No nosso estudo, perante cada questão apresentada, o perito ou informante chave podia dar, em cada ronda, a sua opinião sobre cada item do questionário, através da atribuição de um *score* numa escala, que correspondesse à indicação do seu grau de concordância, ou discordância, face à associação entre o termo/expressão e o foco da prática proposto. Para cada item do questionário foi utilizada uma Escala de *Likert* de sete pontos, que oscilou entre:

- «discordo completamente» (*score* 1)
- «discordo» (*score* 2)
- «discordo parcialmente» (*score* 3)
- «sem opinião» (*score* 4)
- «concordo parcialmente» (*score* 5).
- «concordo» (*score* 6)
- «concordo completamente» (*score* 7).

Face a cada questão apresentada, foi dado a cada participante a oportunidade para apresentar os seus comentários.

Neste estudo, foi considerado que haveria **consenso** quando houvesse concordância de 75%, ou mais, dos participantes no painel; ou, discordância de 75%, ou mais, dos participantes no painel. Foi tida em consideração também os valores da moda e da mediana.

A «concordância» foi determinada pelo somatório da percentagem de participantes que responderem com os *scores* "5" (Concordo parcialmente), ou "6" (Concordo) ou "7" (Concordo completamente). A «discordância» foi determinada pelo somatório da percentagem de participantes que responderem com os *scores* "1" (Discordo completamente), "2" (Discordo) ou "3" (Discordo parcialmente). A «indecisão» foi determinada pela percentagem de respostas com *score* 4 (Sem opinião).

Técnica de Delphi: os questionários

Marconi & Lakatos (1999) afirmam que um questionário é definido como um instrumento de recolha de dados constituído por uma série ordenada de questões, que são respondidas por escrito e sem a presença do inquiridor. No entanto, apesar do seu nome, o questionário utilizado na técnica de Delphi não coloca apenas perguntas; aquele disponibiliza, também, informações aos participantes que baseiam os argumentos para as diferentes opções. A outra particularidade do questionário usado na técnica de Delphi tem a ver com o circuito de distribuição: depois de reformulado, volta ao painel. Diversos autores defendem a manutenção deste circuito até um número máximo de quatro rondas (Justo, 1993; Goossen, 2000; Kayo & Securato, 1997). De acordo com Giovinazzo & Fischmann (2001), o que determina o número de rondas é a concretização dos objectivos propostos no início já que um maior número de rondas não implica necessariamente mudanças de opinião significativas.

No estudo que desenvolvemos realizámos três *rondas,* que decorreram entre Junho e Outubro de 2002. Em cada uma das rondas foi utilizado um questionário distinto no conteúdo, mas semelhante na forma.

O *primeiro* (Anexo 3) e *segundo* (Anexo 4) questionários foram estruturados em três partes. Na primeira parte apresentou-se uma breve introdução ao propósito do estudo e do questionário (justificação da participação e regras de preenchimento) e colocaram-se as questões para a recolha de dados de caracterização das participantes do painel (idade, categoria profissional e tempo de serviço). Na segunda parte, foram apresentadas as propostas de associação entre os termos/expressões usadas pelas enfermeiras e os focos da prática da versão *beta* da CIPE® (2000). A cada participante, foi pedido que expressasse a sua concordância, ou discordância, com a associação proposta, numa

escala de *Likert* que variava entre o "*discordo completamente*" (*score* "1") a "*concordo completamente*" (*score* "7"). Por exemplo, cada perito manifestava o seu nível de concordância com a associação entre as expressões "*mamas cheias*"/ "*as mamas cheias e tensas*"/ "*mamas moles*" e *Lactação;* e, a associação entre aquelas expressões e *Ingurgitamento mamário*. Na terceira parte, foram apresentados os termos ou as expressões usadas pelas enfermeiras, tendo sido pedido aos peritos que expressassem o(s) foco(s) da prática passíveis de ser(em) inferido(s) a partir de tal dado/informação. Por exemplo, que áreas de atenção poderão estar em causa quando são usadas as expressões "*gemido discreto*", "*involução uterina*" ou ainda "*não quer amamentar*". Nesta parte, era ainda possível, a cada perito, comentar/justificar a sua opinião.

O *terceiro* questionário (Anexo 5) foi estruturado a partir dos focos da prática consensuais e respectivas definições. Este questionário visava conhecer a concordância, ou discordância, do painel de peritos/informantes chave com as definições dos focos da prática propostas pela *versão beta* da CIPE®. Foi pedido a cada perito que justificasse a sua opinião, principalmente se a opinião fosse discordante.

Os valores dos *scores* foram tratados estatisticamente, através do programa informático *Statview*®, com determinação da estatística descritiva - moda, mediana, e ainda distribuição dos peritos de acordo com o *score* declarado. Esta análise permitiu, também, determinar a percentagem de participantes concordantes, ou discordantes, com a associação entre o termo/expressão usado pelas enfermeiras e o foco da prática proposto no questionário.

Das técnicas de análise

...e agora, o que fazer?
Bogdan & Biklen

Nos estudos de natureza qualitativa, a análise dos dados, , é uma fase do processo indutivo cujo sentido é "*descrever, sistematicamente, o conteúdo das comunicações*" (Marconi & Lakatos, 1999:132). Neste processo, que se deseja sistemático, enfatizamos a interpretação da realidade concebida pelo investigador. Todavia, procurámos validar a análise dos dados "*de forma constante e contínua junto dos participantes*" (Fortin, 1999:306) de modo a assegurar que os conceitos emergentes fossem fundamentados.

Análise de conteúdo

A análise dos dados obtidos exigiu um vasto conjunto de tarefas, desde a organização da informação à decisão sobre os resultados a comunicar, passando pela procura de padrões e pela descoberta de aspectos interessantes. A natureza do material descritivo, recolhido através da documentação de enfermagem, das notas de campo e das entrevistas, bem como a natureza dos propósitos do estudo, determinou a opção pela análise de conteúdo como técnica de análise dos dados.

A análise de conteúdo, consoante a define Bardin, é "*um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (...) de modo a obter indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos sobre o emissor da mensagem, ou sobre o seu meio*" (1991:38). Acrescenta ainda que quando a análise de conteúdo se centra, como no nosso estudo, na análise dos «significados» e dos «significantes» seria mais apropriado falar de análises de conteúdo, já que aquela se reinventa a cada momento.

A circunstância e a necessidade de obtermos resultados que funcionassem como material para as etapas seguintes do estudo, determinou análises distintas e desenquadradas no tempo. De facto, o material a submeter à análise, o *corpus de análise*, foi coligido em momentos diferidos no tempo, tendo proveniências distintas: num primeiro momento, os dados emanaram da documentação de enfermagem, das notas de campo da observação nos serviços de obstetrícia e dos discursos das enfermeiras obtidos a partir das entrevistas; e, num segundo momento, resultaram dos questionários lançados (perguntas abertas). Mesmo assim, foi possível, para efeitos de apresentação, sistematizar alguns dos procedimentos realizados, independentemente da proveniência dos materiais recolhidos.

É ainda indispensável referir que, face aos propósitos do estudo, a CIPE® versão beta (2000) foi adoptada como modelo de análise. De facto, na análise conteúdo realizada, mais do que estabelecer categorias e subcategorias, como nos aconselham alguns autores como Bardin e Vala, ou seja, definir dois níveis de abstracção, procurámos, antes, identificar nos textos expressões que pudessem, de algum modo, traduzir os focos de atenção dos enfermeiros, usando os conceitos da CIPE® como guias orientadores da

análise. Para efeitos deste estudo, "restringimos" a dois o número de níveis de abstracção da CIPE® a considerar no processo de categorização, isto é, aceitámos "reduzir" ao mesmo nível de abstracção níveis diferentes da CIPE®, desde que pertencessem ao mesmo domínio e correspondessem a níveis utilizados na prática clínica. Por exemplo, as expressões "*recém-nascido está na neonatologia*" ou "*ainda não viu o recém-nascido que está na neonatologia*", usadas pelas enfermeiras para descreverem necessidades em cuidados, foram associadas a dois focos da prática - *Vinculação* e *Ligação mãe-filho*, que apesar de pertencerem na estrutura da CIPE® a diferentes níveis de abstracção (*Ligação mãe-filho* é um tipo de *Vinculação*) foram incluídas, como subcategorias da mesma categoria - Processo familiar (Anexo 6).

Importa ainda referir que os primeiros níveis da CIPE® representam conceitos mais abstractos que não são utilizados na prática clínica, apenas orientam a organização dos conceitos no interior da própria classificação. Pertencem a esta realidade, por exemplo, os conceitos *Digestão*, *Sensações*, *Emoções* ou *Autocuidado*.

Estabelecidos e definidos os critérios de análise, submetemos o *corpus de análise* a várias leituras "flutuantes" o que nos permitiu proceder a uma primeira organização dos dados, tendente a fornecer ao investigador orientações para a construção de possíveis categorias (domínios) e subcategorias (subdomínios) - pré-análise, nas palavras de Bardin (1991). Para a mesma autora, este é um período onde a intuição emerge permitindo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de modo a determinar o plano de análise.

À pré-análise seguiu-se a descrição analítica, ou seja, a exploração do material disponível com vista ao processo de categorização. Nesta etapa, procedemos à aplicação sistemática dos critérios de análise definidos com base na própria estrutura e organização do Eixo A - Focos da prática da CIPE®. A leitura continuada e a análise dos textos permitiram extrair algumas palavras e frases (unidades de registo). De entre as diversas unidades de registo (formais, semânticas,...) optou-se pelas semânticas, ou seja, aquelas em que traduzem "*uma afirmação acerca de um assunto, procurando descobrir o sentido*" (Bardin, 1991:105). Por isso, frequentemente, as unidades de registos foram extraídas conjuntamente com segmentos mais amplos de texto - unidades

de contexto - considerado por Vala "*o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza a unidade de registo*" (1986:114). Posteriormente, as unidades de registo foram codificadas através de um processo de associação aos focos da prática da CIPE® (designados *a priori*), em função do seu significado.

No processo de associação das unidades de registo aos diferentes focos da prática, numa primeira fase, não existiu preocupação de distinguir categorias e subcategorias. Esta diferenciação acabou por surgir naturalmente, mais tarde, em função da organização dos focos da prática na CIPE®.

Por último, procedeu-se à interpretação dos dados procurando "*fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto*" (Krippendorf, *cit. In* Vala, 1986). Estas operações de análise dos dados, permitiram torná-los significativos, ou seja, dotá-los de "*capacidade de falarem por si*" (Bardin, 1991:101).

2.2. Da intenção à acção: o caminho

Em jeito de síntese, é chegado o momento de sistematizar as decisões que ao longo do percurso fomos tomando.

Na busca dos focos da prática dos enfermeiros, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, a primeira decisão foi "onde?" - o local eleito foi Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano. Assim, demos início a um caminho que teve como mapa de orientação as questões de investigação a responder.

Assim, para responder à questão "*quais os termos e expressões que os enfermeiros utilizam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia?*" fomos analisar a documentação produzida pelos enfermeiros, procurando identificar os termos e as expressões usadas pelos enfermeiros para descrever necessidades em cuidados. No entanto, porque admitimos que poderiam existir aspectos dos cuidados que não eram documentados, decidimos assistir às passagens de turno. Deste modo fomos aumentando, e refinando, a listagem de termos e expressões que designavam necessidades em cuidados de enfermagem.

A resposta à questão "*quais os significados que os enfermeiros associam aos termos e expressões que utilizam para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia*?" foi conseguida pela realização de entrevistas, que tinham como intuito clarificar o significado atribuído pelos enfermeiros aos termos e expressões por eles usados. Foi, recorrendo a esta estratégia, possível associar aqueles termos e expressões a focos da prática da CIPE®. Este percurso correspondeu a uma primeiro momento do estudo.

Num segundo momento, emerge a procura de resposta para a terceira questão: *quais os termos e expressões usadas pelos enfermeiros, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, que têm correspondência em focos da prática da CIPE®*? A resposta foi conseguida com a colaboração de um grupo de enfermeiros peritos e informantes-chave, num processo construtivo, recorrendo à técnica de Delphi.

A resposta à questão "*qual o nível de concordância atribuída pelos enfermeiros, que exercem no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, com as definições da CIPE® relativas aos focos da sua prática*?" foi, também, conseguida com recurso à técnica de Delphi, dando forma ao terceiro momento do estudo.

A análise de conteúdo foi a técnica de análise que acompanhou todo o estudo. Para analisar os níveis de concordância (questionários usados na técnica de Delphi) utilizamos análise estatística.

Capítulo 3. Dos conceitos e da sua representação à concepção dos cuidados

... expressar os pensamentos em palavras facilita
o processo de escrever as palavras no papel...
Morse & Field

Um dos propósitos do investigar é responder às questões de investigação. Procurámos, de modo sequencial e construtivo, identificar os focos da prática e analisar os significados que lhes são atribuídos. Este é o momento de, mais do que relatar os dados obtidos, apresentar as análises que ao longo do percurso fomos realizando. Deste modo, organizámos a apresentação do resultado da análise dos dados em três partes.

Na primeira, procurámos identificar os focos da prática das enfermeiras num serviço de obstetrícia, a partir dos seus próprios conceitos (significantes e significados) usados para designar as áreas de atenção para o processo diagnóstico e consequente decisão sobre as intervenções auto-iniciadas. Apresentamos, também, alguns termos e expressões que constituem dados («matéria prima») relevantes para o processo diagnóstico de tais focos.

Na segunda parte, procurámos dar conta de conceitos usados pelas enfermeiras, para identificar áreas de atenção relevantes para o seu processo diagnóstico, mas que ao longo do estudo não foram associados a focos da prática.

Na terceira parte, procurámos analisar a concordância com as definições de alguns focos da prática da CIPE®.

3.1. Da linguagem *folk* e da linguagem formal: a «matéria prima», os focos da prática e a concepção dos cuidados

A partir dos discursos produzidos pelas enfermeiras, entendidos aqui como "*conjunto de palavras e frases que formam a linguagem*" (Torrinha, 1999:511). De facto, a realização do estudo tomou como pressuposto que o significado das palavras constitui um fenómeno de pensamento, que ganha forma por meio das palavras numa "união da palavra e do pensamento".

Assim, tomando por base de análise os termos e as expressões usadas pelas enfermeiras para designar as áreas de atenção fundamentais para o processo diagnóstico e consequente decisão sobre as intervenções auto-iniciadas, foram identificados os **focos da prática** de enfermagem num Serviço de obstetrícia.

A partir da documentação de enfermagem, notas de campo e transcrições das entrevistas, os termos e as expressões para designar as áreas de atenção elementares para o processo diagnóstico, foram agrupadas em três categorias, em função da convicção com que foram associadas a focos da prática preconizados pela CIPE®.

Uma primeira categoria foi designada por "**inferência com certeza**". Esta categoria incorporou os termos usados pelas enfermeiras iguais (ou sinónimos) e as características definidoras de focos da prática da CIPE® (**inferência imediata**). Integrou, ainda, os focos da prática derivados de termos e de expressões, que apesar de serem designados de modo desigual, o significado atribuído era idêntico (**inferência quasi-imediata**).

Uma segunda categoria, designada por "**inferência com incerteza**", agregou os focos da prática inferidos a partir dos termos/expressões usados e significados conferidos, mas em que subsistiam fundamentadas dúvidas sobre tal associação.

Foi estabelecida uma terceira categoria que agrupou os termos/expressões usadas pelas enfermeiras mas cuja associação a foco da prática foi, para nós, impossível. Esta categoria foi designada por "**«matéria prima» não classificada**".

3.1.1. A linguagem *folk* idêntica à linguagem formal: focos da prática

Da análise realizada ressaltou um conjunto de termos e de expressões passíveis de serem associadas a focos de prática com nível de confiança significativa. Como já referimos anteriormente, nestas circunstâncias tivemos dois tipos de situação: inferência imediata e inferência quasi-imediata. Os focos da prática identificados foram relatados de acordo com o portador (entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o foco da prática) a que as enfermeiras associavam tal área de atenção (recém-nascido, "mãe"[19]).

Focos da prática: inferência imediata

Da análise dos termos usados pelos enfermeiros verificámos que muitos deles são iguais, sinónimos ou referem características definidoras de focos da prática propostos pela CIPE®.

Focos da prática: inferência imediata, relativos ao recém-nascido

Nos discursos produzidos pelas enfermeiras foi possível identificar um conjunto de termos, como por exemplo "sucção", "aspiração", "eliminação intestinal" , "eliminação vesical" iguais ao termo da CIPE®.

Outras expressões usadas pelas enfermeiras, nomeadamente "está sempre a arrotar", "tem caput ligeiro", "está timpanizado" ou "apresenta distensão abdominal" e "cefalohematoma" parecem ser sinónimos de focos da prática da CIPE® como *Eructação*, *Edema*, *Flatulência* e *Hematoma*, respectivamente.

Outros, ainda, como por exemplo, "adejo nasal" e "cianose facial" suscitam reflexão. A expressão "adejo nasal" constitui uma característica definidora de *Dispneia* - "*movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, ...*" (CIPE®, 2000:21); a expressão "cianose facial", constitui uma

[19] O termo "mãe" será usado neste relatório para referir a grávida, parturiente e puérper como portador de fenómenos de enfermagem.

característica definidora do foco da prática *Hipóxia* - "*redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose...*" (CIPE®, 2000:21).

Da análise dos termos e das expressões usadas pelas enfermeiras, relativamente ao recém-nascido, foram identificados vinte e um focos da prática, pertencentes a distintos subdomínios do domínio *Função*:

- Respiração: *Dispneia*, *Hipóxia* e *Aspiração*;
- Circulação: *Hematoma;*
- Nutrição: *Ingestão nutricional*;
- Digestão; *Sucção, Deglutição, Eructação* e *Vómito*;
- Volume de líquidos: *Edema*;
- Eliminação: *Eliminação intestinal*, *Flatulência* e *Eliminação vesical*;
- Tegumentos: *Pele seca*, *Eritema da fralda*, *Mucosa seca*, *Escoriação* e *Fissura*;
- Actividade motora: *Fractura*;
- Sensações. *Cólica, Náusea* e *Fome.*

Verificámos que os focos da prática identificados por inferência imediata pertencem ao domínio do *Ser humano*, isto é, referem qualidades da espécie humana no âmbito da enfermagem, em particular, as qualidades intrínsecas de um ser humano individualmente considerado (*Indivíduo*), no que concerne os processos corporais não intencionais relacionados com manutenção da vida (*Função*).

Focos da prática: inferência imediata relativos à "mãe"

Da análise dos termos/expressões usadas pelas enfermeiras foram inferidos de imediato vinte e nove focos da prática associados à "mãe".

Os termos "hipertensão", "hemorragia", "hematoma", "hipertermia", "edema", "exaustão" e "laceração" constituíram alguns dos termos usados pelas enfermeiras iguais a termos que designam focos da prática propostos pela CIPE®.

Outros termos ou expressões corresponderam a sinónimos de focos da prática. Por exemplo, a expressão "sensação de desmaio" foi entendida como sinónimo de *Lipotimia*; a expressão "referia tonturas" foi entendida como sinónimo de *Vertigem*; a



expressão "distensão abdominal" foi entendida como sinónimo de *Flatulência* e "mamilos gretados" como *Fissura*.

Foram identificados, por inferência imediata, focos da prática relativos à "mãe" do domínio *Função*, mais concretamente dos subdomínios:

- Circulação: *Hipertensão*, *Hipotensão*, *Hemorragia*, *Hematoma*;
- Temperatura corporal: *Hipertermia*, *Febre*;
- Volume de líquidos: *Edema*;
- Eliminação: *Obstipação*, *Flatulência*;
- Tegumentos: *Fissura*, *Ferida cirúrgica*, *Laceração*;
- Reparação: *Cansaço, Exaustão*;
- Actividade motora: *Convulsão*, *Contracção uterina*, *Expulsão uterina*;
- Sensações: *Dor musculoesqulética*, *Dor de trabalho de parto*, *Náusea*, *Dispepsia*, *Vertigem*, *Prurido*, *Lipotímia*;
- Resposta imunitária: *Infecção*;
- Reprodução: *Aborto*, *Trabalho de parto*.

Do domínio *Pessoa*, foram identificados dois focos da prática: um que refere uma razão para acção - *Medo* e outra que refere uma acção - *Auto cuidado: higiene*.

Focos da prática: inferência *quasi-imediata*

A análise de termos/expressões, e respectivos significados, usados pelas enfermeiras permitiu inferir com grau significativo de certeza, alguns focos da prática, principalmente pelo significado atribuído pelas enfermeiras. Também nestas circunstâncias emergiram focos da prática associados ao recém-nascido, "mãe" e família.

Focos da prática: inferência quasi-imediata relativos recém-nascido

As enfermeiras usam determinados termos e expressões que referem necessidades em cuidados relativos ao recém-nascido. Por exemplo, a expressão "estava cheio de secreções na orofaringe" para designar que o recém-nascido "tem secreções na orofaringe e narinas não conseguindo expelir" (E5.12) ou "estava cheio de secreções: acontece mais frequentemente pouco tempo depois do nascimento. O recém-nascido

não consegue expeli-las (...)" (E8.33), parecem indicar a *Limpeza das vias aéreas* como foco da prática.

As expressões "extremidades frias" ou "gemido muito intenso, pelo que ficou em berço aquecido" são usadas pelas enfermeiras para referir "o risco de hipotermia (...) quando o referimos é porque é anormal e é necessário aquecer o recém-nascido para prevenir a hipotermia" (E4.16) ou "mãos, nariz frios (...) tem a ver com o risco de hipotermia" (E6.3). Assim, a *Hipotermia* parece configurar-se como o foco da prática nestas situações.

Da análise realizada emergiram focos da prática pertencentes ao domínio *Função*, nomeadamente focos pertencentes aos subdomínios:

- Respiração: *Limpeza das vias aéreas* e *Asfixia*;
- Circulação: *Perfusão dos tecidos*;
- Temperatura corporal: *Hipotermia*;
- Nutrição: *Ingestão nutricional*;
- Digestão: *Sucção* e *Regurgitação*;
- Eliminação: *Eliminação intestinal* e *Eliminação vesical*.

Focos da prática: inferência quasi-imediata relativos à "mãe"

O processo de análise dos termos/expressões usadas pelas enfermeiras, referindo a "mãe" como portador, permitiu inferir focos da prática numa lógica que em seguida se ilustra.

As expressões "dores abdominais tipo contracção" e "refere contracções uterinas dolorosas" parecem significar a "sensação de dor (...) associada às contracções do útero (...)" designada na CIPE® como *Dor de trabalho de parto* (CIPE®, 2000:42). Julgámos assim óbvia a inferência de *Dor de trabalho de parto* como foco da prática, a partir da expressão usada pelas enfermeiras.

A expressão "está muito insegura, cheia de medos em relação ao filho" é usada pelas enfermeiras, significando que "está muito insegura, cheia de medos. Demonstra isso quando não quer mudar a fralda, tem medo de mexer no recém-nascido,... é uma fase

transitória e há que dar tempo ao tempo.."(E8.30). Esta descrição de necessidades de cuidados parece apontar para os sentimentos de ameaça e infelicidade com causa conhecida (CIPE®, 2000:51) - *Medo*, como o foco da prática.

Outras expressões usadas pelas enfermeiras nomeadamente "cuida muito bem do filho" ou "é muito carinhosa com o bebé" referem comportamentos da puérpera relacionados com as responsabilidades de ser mãe e de adoptar os comportamentos adequados (CIPE®, 2000). Estas expressões traduzem a atenção no comportamento da mãe nomeadamente através de demonstração de "interesse pelas coisas que dizem respeito ao filho, brincar com ele, tratá-lo pelo nome, falar com ele e dele" (E8.32) sugerindo o *Papel maternal* como foco da prática.

Assim, como resultado da análise dos termos/expressões que as enfermeiras usam e conferem significado, foram inferidos, com significativo grau de certeza, um conjunto de focos da prática. Do domínio Função emergiram vinte e sete focos da prática, nomeadamente dos subdomínios:

- Circulação: *Hipotensão*, *Hemorragia*;
- Temperatura corporal: *Hipertermia*;
- Volume de líquidos: *Desidratação*;
- Eliminação: *Obstipação*, *Retenção urinária*;
- Secreção: *Lactação*;
- Tegumentos: *Maceração*, *Ferida cirúrgica*;
- Reparação: *Sono*;
- Sensações: *Dor por ferida*, *Dor de trabalho de parto*, *Lipotimia*.

Do domínio *Pessoa* foram identificados sete focos da prática. Destes, quatro referiam focos relativos ao subdomínio *Razões para acção* (*Conhecimento*, *Medo*, *Ansiedade*, *Tristeza*); e, três referiam focos da prática relativos ao subdomínio Acção (*Levante*, *Comportamento de adesão*, *Papel maternal*).

Focos da prática: inferência quasi-imediata relativos à família

Relativamente ao domínio família emergiu apenas um foco da prática - *Amamentar*. A inferência deste foco da prática foi possível a partir de expressões como "amamenta

com dificuldade". Esta expressão é usada pelas enfermeiras para traduzir a noção de "dificuldade que a puérpera tem de fazer a prega, pôr o recém-nascido à mama" (E8.2).

3.1.2. Da linguagem *folk* à linguagem formal: da «matéria prima» aos focos da prática

Constatámos que, frequentemente, as enfermeiras usavam termos e expressões para descrever necessidades em cuidados mas, sem referirem, com clareza nem a área de atenção ou o diagnóstico de enfermagem.

Durante o processo de análise, fomos associando termos/expressões a focos da prática que considerámos apropriados, recorrendo, sobretudo, aos discursos produzidos sobre os significados atribuídos a esses termos e expressões pelos próprios enfermeiros.

Este não foi um processo linear, antes pelo contrário. Deparámo-nos com inúmeras dúvidas e constatámos que alguns dos termos e das expressões usados pelas enfermeiras poderiam ser, em diferentes situações, relevantes para o processo diagnóstico de distintos focos da prática.

Relembramos que com o objectivo de validar as inferências realizadas, este conjunto de associações entre termos/expressões usadas pelas enfermeiras e os focos da prática da CIPE®, foi submetido à apreciação do painel de peritos/informantes chave na primeira *ronda* do estudo de Delphi (Anexo 7).

A «matéria prima» para os focos da prática relativos ao feto

Algumas expressões usadas pelas enfermeiras descrevem aspectos de saúde em que o feto parece assumir-se como a entidade portadora do foco da prática.

Face a esta evidência surgiu-nos a dúvida: será que a CIPE® encerra na sua concepção aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem que refiram o feto como portador? Será que o feto é domínio do ser humano, isto é, constitui qualidade da espécie humana, no âmbito da enfermagem? Inclinámo-nos a responder afirmativamente a ambas as questões. De facto, Bobak *et al.* (1999) argumentam que o estadio de feto, reconhecível como ser humano, começa na nona semana e vai até ao

final da gestação. Por isso parece fazer sentido procurar encontrar os focos que possam reflectir as áreas de atenção que tomem o feto como entidade que possui o fenómeno de enfermagem. Todavia, estas questões voltarão a ser alvo de reflexão e discussão no próximo capítulo.

As enfermeiras, na sua prática, utilizam diversos termos/expressões para caracterizar o estado fetal. Por exemplo, expressões como "feto pouco reactivo", "sofrimento fetal" "cardiotocograma variável e reactivo" são comuns nos discursos das enfermeiras. Para as enfermeiras quando "o feto está reactivo quer dizer que não está em sofrimento. Nestas situações o que se vigia é o bem estar fetal, ou seja, se o feto tem reserva de oxigénio adequado e suficiente às necessidades, principalmente durante a contracção uterina" (E2.7).

Outras expressões como "bradicardia fetal" e "desaceleração fetal" significam, na prática das enfermeiras, que "há uma diminuição da perfusão tecidular do feto em termos de oxigénio e, isso, reflecte-se nos batimentos cardíacos fetais, diminuindo a sua frequência"(E2.8). Bradicardia é uma expressão usada pelas enfermeiras para referir "uma diminuição do aporte de oxigénio e nutrientes na circulação fetal, devido à contracção uterina que diminui o fluxo de sangue entre a circulação materna e fetal e, quando atinge o sistema nervoso central, o recém-nascido, manifesta-se com diminuição da frequência cardíaca fetal" (E5.14).

Outras expressões usadas pelas enfermeiras, como por exemplo "líquido amniótico com mecónio/líquido amniótico normal", resultantes da apreciação das características do líquido amniótico, parecem constituir também informações relevantes para caracterizar o estado fetal, uma vez que a eliminação de mecónio está associada a deficiente oxigenação fetal. De facto, a avaliação do estado do feto, em particular a oxigenação fetal, parece ser uma componente essencial da assistência de enfermagem, principalmente durante o trabalho de parto. Esta preocupação vai de encontro à posição de Bobak *et al.* (1999) que referem ser da responsabilidade da enfermeira a detecção precoce de sinais indicadores de alteração do estado fetal. Porém, ao aceitarmos que a área de atenção das enfermeiras é a oxigenação fetal ficamos perante uma primeira grande dificuldade: qual o domínio da CIPE® a que esta realidade pertence. Será do

domínio da *Respiração*? Será que esta situação refere o "*processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular*" (CIPE®, 2000:21)? Ou será, pelo contrário, do domínio da *Circulação*? Será que esta situação refere o "*movimento do sangue através do sistema cardiovascular como o coração e os vasos sanguíneos centrais e periféricos*" (CIPE®, 2000:22)?

Parece-nos que, apesar desta situação reflectir uma diminuição de aporte de oxigénio e um aumento da concentração de dióxido de carbono no feto, isto é, estar relacionada com as trocas de oxigénio e dióxido de carbono, a troca de gases não ocorre a nível alveolar mas sim a nível útero-placentar. Deste modo, esta situação parece apontar como área de atenção o movimento de sangue através dos tecidos (*Circulação*) para fornecimento de oxigénio e de outros nutrientes a nível celular (CIPE®, 2000). Este foco da prática é designado, na CIPE®, por *Perfusão dos tecidos*.

Depois de consultadas, as enfermeiras pertencentes ao painel de peritos, inclinaram-se a concordar com a associação, com razoável nível de concordância (Tabela 2).

Perfusão dos tecidos	"*desaceleração fetal*" /"*desacelerações variáveis*" / "*desacelerações precoces*"	89,9%
	"*traçado sem alterações*" / "*o traçado é que não está nada bem*"	89,9%
	"*sofrimento fetal*"	89,9%
	"*bradicardia fetal*" / "*bradicardia mesmo sem contracção*"	83,3%
	"*feto pouco reactivo*" / "*CTG: variável e reactivo, linha de base, ausência de CU*"	83,3%

Tabela 2 - Expressões associadas ao foco da prática perfusão dos tecidos e respectiva % de peritos concordantes

Contudo, a associação das expressões "líquido amniótico com mecónio/líquido amniótico normal" a este foco da prática não conseguiu concordância do painel, ficando-se pelos 44,4% de opiniões concordantes.

Assim, foi identificado apenas um foco relativo ao feto. O foco *Perfusão dos tecidos* pertence ao domínio *Função* e subdomínio *Circulação*.

A «matéria prima» para diagnosticar focos da prática relativos ao recém-nascido

Do processo de análise também se destacaram termos/expressões associados a aspectos de saúde relevantes para a prática relacionados com o recém-nascido.

Os termos/expressões "vitalidade" e "índice de Apgar" são usadas, com frequência, pelas enfermeiras para descrever o estado geral do recém-nascido.

A "vitalidade", entendida como um parâmetro importante para caracterizar o estado geral do recém-nascido, parece ser particularmente útil para o processo diagnóstico já que, segundo algumas enfermeiras, "a vitalidade é a manifestação clínica exterior da boa oxigenação dos órgãos vitais" (E8.24). Quando a apreciação é negativa ("vitalidade fraca") significa, para as mesmas, que o "recém-nascido está pálido, não chora, está hipotónico, pode estar associado a síndrome de dificuldade respiratória" (E8.24.a).

A expressão "índice de Apgar" significa, para as enfermeiras, "uma avaliação simples, resultante da apreciação da adaptação do recém-nascido à vida extra uterina. Avalia-se a tonicidade muscular, a respiração espontânea, a frequência cardíaca, a coloração da pele e a reacção aos estímulos. Estes parâmetros permitem apreciar indirectamente a oxigenação dos órgãos nobres" (E8.24.b). Esta avaliação é expressa pelas enfermeiras pelo valor do índice de Apgar - "Apgar 8/9/10 ao nascer"/"nasceu com Apgar 5/7"/"índice de Apgar" e relatada como um dado alusivo à adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.

Estas expressões parecem constituir dados importante para o processo diagnóstico de situações que referem, por um lado, o "*movimento de entrada e saída de ar dos pulmões* e, por outro, à *redução da tensão de oxigénio celular"* (CIPE®, 2000:21). Estes focos da prática são designados, na CIPE®, por *Dispneia* e *Hipóxia*, respectivamente.

A associação daquelas expressões ao foco *Dispneia* conseguiu concordância, no painel, de 83,3%. A associação da expressão "vitalidade fraca" e aquele foco da prática obteve concordância de todo o painel (100%). A associação das expressões "Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com Apgar 5/7" /"índice de Apgar" ao foco da prática *Hipóxia* conseguiu concordância de 94,4% do painel.

As expressões que referem o índice de Apgar parecem constituir dados valorizados pelas enfermeiras, que o nomeiam, quase sempre, para iniciar a descrição da situação do recém-nascido na passagem de turno. De facto, o índice de Apgar parece constituir um dado relevante para caracterizar a adaptação à vida extra-uterina e o potencial para

processo de desenvolvimento. Esta foi a principal razão para associar esta expressão ao foco da prática *Desenvolvimento infantil*. Contudo, a opinião do painel foi diferente. Apenas 55,5% dos peritos manifestaram uma opinião concordante.

Algumas expressões usadas pelas enfermeiras como "choro vigoroso" ou "choro forte" indiciavam a valorização do «choro» do recém-nascido para o processo diagnóstico. Segundo uma enfermeira, quando o recém-nascido apresenta "choro forte" significa que "chora bem, tem as vias aéreas permeáveis" (E8.41). Estes dados parecem apontar para a capacidade de expulsão do muco das vias aéreas (CIPE®, 2000). Este foco da prática é designado por *Expectorar*. A associação daquelas expressões a este foco da prática foi a que conseguiu menor nível de concordância entre os peritos, com apenas 33,3% de opiniões concordantes.

As expressões usadas pelas enfermeiras que referem características do líquido amniótico, como pelo exemplo, "líquido amniótico com mecónio" ou "líquido amniótico normal" parecem constituir um dado usado para determinar o risco no nascimento. Na opinião de algumas enfermeiras, quando o líquido amniótico apresenta características anormais (presença de mecónio) constitui um sinal de alerta no "(...) momento do parto, porque esse recém-nascido precisa ser aspirado à vulva pois há risco de aspiração" (E4.12). Esta situação parece constituir a área de atenção relativa à "*inalação de substâncias provenientes do exterior para as vias aéreas inferiores* " (CIPE®, 2000:22) apontando a *Aspiração* como foco da prática. Esta associação foi corroborada pelos peritos, com 94,4% de opiniões concordantes.

As expressões "recém-nascido hipotónico" e "vitalidade fraca", usadas pelas enfermeiras para referir que "o recém-nascido tem actividade motora diminuída, está flácido, pega-se nele e ele cai. Habitualmente temos que procurar a causa pois pode ser hipotermia" (E4.3) ou "pode estar pálido, não chorar, estar hipotónico, pode estar associado a (...) frio" (E8.24.a).

Estas expressões usadas pelas enfermeiras parecem corresponder às manifestações do recém-nascido quando este apresenta "*diminuição da capacidade de regular o termostato interno*" (CIPE®, 2000:24), ou seja, *Hipotermia*. Esta associação reuniu concordância de 94,4% dos peritos.

As enfermeiras usam, também, algumas expressões que sugerem como área de preocupação o suprimento de nutrientes ao recém-nascido. Assim, as expressões "mamilo esquerdo retraído" e "mamilos mal formados, rasos, umbilicados", usadas para caracterizar os mamilos parecem estar associados à dificuldade com o suprimento adequado de nutrientes. O mesmo sentido poderá ser atribuído ao uso de expressões como "mamas com pouco colostro", "mamou pouco", "fica satisfeito só com leite materno", "mamas cheias e tensas", "mamas moles" ou "como não ficou satisfeito fez leite adaptado". De facto, estas expressões indiciam uma área de atenção relacionada com o processo de suprimento de nutrientes suficiente para os processos nutritivos e metabólicos do recém-nascido, pelo que foram associadas ao foco da prática *Ingestão nutricional*. Outras expressões utilizadas pelas enfermeiras como por exemplo "recém-nascido macrossómico", "não mamava, tinha 75 de glicemia capilar", "adaptação fraca", "recém-nascido hipotónico" ou ainda "temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe", parecem, pelo significado atribuído durante a descrição das necessidades em cuidados, constituir dados relevantes para o processo diagnóstico do foco *Ingestão nutricional*. A associação daquelas expressões a este foco da prática conseguiu uma concordância significativa dos peritos, com uma percentagem de opiniões concordantes que varia entre os 83,3% e os 100%.

As enfermeiras usam inúmeras vezes o termo «mama»: "mama bem" , "mama mal", "mama com dificuldade", "mama bem no biberão", "necessita ser estimulado para mamar". Na opinião das enfermeiras este é um termo usado com o significado de "suga e deglute" (E6.2).

Será, então, que as enfermeiras quando usam estas expressões estão a referir-se à "*ingestão e passagem de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua* " (CIPE®, 2000:26)? Será *Sucção* o foco da prática? Ou, pelo contrário, será a passagem dos líquidos para o estômago, designado na CIPE® por *Deglutição*? Ou será que são ambos?

A associação da expressão "mama bem no biberão" ao foco da prática *Sucção* alcançou concordância de 94,4% dos participantes e, as expressões "mama bem"/ "mama mal"/ "necessita ser estimulado para mamar" obteve a concordância de todos os peritos

(100%). Por seu turno, a associação das expressões "mama bem no biberão" ao foco da prática *Deglutição* obteve uma concordância de 94,4% dos peritos.

A expressão "recém-nascido com boa tolerância" significa, na opinião de uma enfermeira "que a criança não vomitou; é referido porque há episódios anteriores de vómitos, náuseas, recusa alimentar" (E7.1) ou ainda, "ao dizer que o recém-nascido tem boa tolerância estamos a falar da digestão, se a digestão se faz dentro do habitual, o que vigiamos são os vómitos" (E8.1). Assim, admitimos que a preocupação das enfermeiras está relacionada com o risco de expulsão dos alimentos ingeridos - *Vómito* (CIPE®, 2000). A associação daquela expressão a este foco da prática conseguiu uma concordância de 94,4% dos peritos.

Contudo para outras enfermeiras, a expressão "recém-nascido com boa tolerância"/"tolerância alimentar" significa que o recém-nascido "fica nauseado e esboça o vómito, principalmente se se continua a insistir na alimentação" (E6.17), o que sugere uma preocupação destas enfermeiras com a "*sensação de enjoo e de vontade de vomitar*" (CIPE®, 2000:43). Assim, esta expressão poderá estar associada ao foco da prática *Náusea*. Esta também foi a opinião dominante dos peritos, com 94,4% concordantes com a associação.

Expressões como "recém-nascido não parecia satisfeito por isso dei-lhe leite adaptado", "fica satisfeito só com leite materno", "este recém-nascido faz leite adaptado em todas as mamadas porque não fica satisfeito" e "recém-nascido não satisfeito" sugerem uma atenção dirigida às manifestações de desejo de comida. Este foco é designado na CIPE® por *Fome* (CIPE®, 2000).

Será que o recém-nascido tem manifestações de fome? Será que a noção de «satisfeito» traduz a ausência do tal desejo de comida? Na opinião dos peritos, a resposta é afirmativa, já que 83,3% e 100% concordam com a associação daquela expressão ao foco da prática *Fome.*

A expressão "recém-nascido hipotónico" usada pelas enfermeiras traduz que o recém-nascido "não reage aos estímulos externos, não chora (...) pode estar associado a infecção" (E6.16). Assim, esta expressão poderá ser entendida como uma manifestação

relacionada com a *"invasão do corpo por microorganismos patogénicos"* (CIPE®, 2000:45) o que indica a *Infecção* como foco da prática. No entanto, a concordância do painel de peritos com esta associação foi modesta, com apenas 77,8% de opiniões concordantes.

Assim, foram identificados como focos da prática onze focos da prática do domínio Função, pertencentes aos subdomínios:

-Respiração: *Dispneia, Hipóxia, Aspiração*;
-Temperatura corporal: *Hipotermia*;
-Nutrição: *Ingestão nutricional*;
-Digestão: *Sucção, Deglutição, Vómito*;
-Sensações: *Fome, Náusea*;
-Resposta imunitária: *Infecção*.

A «matéria prima» para diagnosticar focos da prática relativos à "mãe"

A "mãe" assume-se como alvo dos cuidados de enfermagem enquanto grávida, parturiente ou puérpera. Por isso, os discursos das enfermeiras traduzem a atenção nas suas necessidades em cuidados.

Durante o processo de análise, identificámos várias expressões que nos contextos específicos em que eram produzidas, pareciam estar associadas a focos da prática. A expressão "varizes dos membros inferiores" parece constituir um dado para as enfermeiras valorizado por alertar para possíveis complicações. Neste sentido, uma enfermeira afirma que "varizes dos membros inferiores podem conduzir a tromboflebites, principalmente quando as puérperas estão imobilizadas muito tempo" (E5.7), ou ainda uma outra, que afirma que este dado chama a atenção para a "dificuldade do retorno do sangue, as veias estão salientes, ficam edemaciadas" (E6.32).

Assim, questionámo-nos se será que a atenção das enfermeiras está centrada no *movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular* (CIPE®, 2000:23). Interrogámo-nos, ainda, se a *Perfusão dos tecidos* constituirá um foco da prática passível de ser associado a estas

expressões. A opinião dos peritos foi concordante com a associação, com 77,8% de opiniões concordantes.

As enfermeiras recorrem também a expressões como "membranas fragmentadas", "retenção de restos placentares", "lóquios normais/abundantes/escassos", "útero supra umbilical" ou "útero contraído" para manifestar a sua atenção "aos lóquios e ao risco de hemorragia" (E6.5). Aquelas expressões parecem referir dados relevantes para a prática já que, de acordo com o testemunho de uma enfermeira, constituem dados relacionados com "a involução uterina, pelo risco de existir descontracção do útero", "quando a involução está a ocorrer anormalmente pode haver maior risco de hemorragia" (E8.5), ou, ainda, como salienta uma outra enfermeira, "pode haver atonia uterina por retenção de restos placentares, com consequente hemorragia" (E6.10). Assim, o uso destas expressões estará associado à preocupação com a "*perda de grande quantidade de sangue num curto período de tempo*" (CIPE®, 2000:23).

Nesta suposição, perguntámos ao painel se a associação destas expressões ao foco da prática *Hemorragia* fazia sentido. A resposta foi praticamente consensual, com concordância de 94,4% e 100% dos participantes.

Estas mesmas expressões podem também ser utilizadas pela enfermeira para descrever outras situações. Por exemplo "lóquios normais", que uma enfermeira utiliza como significado de " perda hemática normal do período pós parto. Quando não tem o cheiro característico, mas sim um cheiro intenso e anormal, até a sala fica com o cheiro durante algum tempo. Pode ter a ver com maus cuidados de higiene, com presença de compressa, restos, etc. e consequente infecção" (E6.4). Pelo testemunho desta enfermeira, a *Infecção* pode constituir um foco da sua prática. A opinião dos peritos foi globalmente concordante com a associação. A excepção foi a expressão "tem útero em involução" que não conseguiu atingir nível de consenso - somente 72,2% dos peritos concordaram com a sua associação a *Infecção*.

Por vezes, as enfermeiras utilizam o termo "tremores" para referir o processo de subida da temperatura da cliente. Como diz uma das enfermeiras, este é um "sinal que a temperatura está a subir" (E8.18). No entanto, à luz da CIPE® o aumento da temperatura corporal poderá estar relacionado com *Hipertermia* ou *Febre*. Qual será

efectivamente o foco da prática? Será a diminuição da "*capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal*" (CIPE®, 2000:24)? Ou será a "*elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termostato interno*" (CIPE®, 2000:24)? Confrontámos o painel de peritos com esta dúvida. Para estes, o termo pode ser associado a ambos os focos da prática, com níveis de concordância de 94,4% e de 88,9% dos participantes, respectivamente.

A utilização pelas enfermeiras das expressões "mamas cheias", "mamas moles" e "mamas tensas" é muito comum nestes serviços. Estes dados, que podem reflectir a atenção das enfermeiras com o "*processo de síntese e secreção do leite materno*" (CIPE®, 2000:29), depois do parto, ou seja, com o foco da prática *Lactação*. Colocados perante esta possibilidade, todos os peritos concordaram com esta associação (100%).

A utilização destas mesmas expressões pode, também, em algumas circunstâncias, traduzir a atenção das enfermeiras na "tumefacção e aumento de peso da mama, acompanhados de acumulação de leite" (CIPE®, 2000:34). De facto, uma enfermeira refere que a utilização destas expressões significa que existe "uma tensão mamária por não existir esvaziamento adequado" (E8.29). A associação destas expressões ao foco da prática *Ingurgitamento mamário* obteve, também, a concordância de todos os peritos (100%).

É habitual, no início da descrição da situação da puérpera, o uso pelas enfermeiras de expressões como "parto por cesariana" ou "parto vaginal com episiotomia". Estas expressões poderão constituir dados relevantes para alertar que o "*corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pús*" (CIPE®, 2000:33), designado na CIPE® por *Ferida cirúrgica.* Consultado o painel de peritos, todos concordaram com esta associação (100%).

As enfermeiras, também, usam expressões como "laterocedência da mão direita do feto" e "feto macrossómico" para descrever aspectos relacionados com o feto. No entanto, o significado atribuído pelas enfermeiras a estas expressões parece associado ao processo de cuidados centrado na "mãe". De facto, uma das enfermeiras referiu que quando o

"(...) feto é macrossómico, ou nos parece grande, porque esse dado pode dar indícios sobre (...) os riscos de no período expulsivo provocar lacerações. O mesmo acontece quando existe laterocedência da mão, pois pode haver lacerações da mucosa vaginal" (E4.14). Estas expressões sugerem uma preocupação com a rasgadura irregular dos tecidos, designada na CIPE® por *Laceração*. A associação daquelas expressões a este foco da prática conseguiu uma concordância de 83,3% dos peritos.

As expressões "feto macrossómico", "apresentação está muito alta", "parto difícil", "parto normal" e "distócia de ombros" usadas pelas enfermeiras, são, aparentemente, dados relevantes para o processo diagnóstico. Contudo, poderão estar associadas a dois focos da prática da CIPE®. Ou são utilizadas para caracterizar as "*contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão completa da criança, placenta e membranas, através do canal de parto durante o trabalho de parto*" (CIPE®, 2000:37) o que corresponderia à E*xpulsão uterina* como foco da prática. Ou, as expressões são utilizadas para caracterizar *o "evento de parir uma criança* " (CIPE®, 2000:46) designado na CIPE® por *Nascimento*?

Na opinião dos peritos, a utilização destas expressões pode realmente ser associadas a ambos os focos da prática. Contudo, os níveis de concordância são diferentes: 83,3% e 77,8% respectivamente. A associação da expressão "distócia de ombros" ao foco da prática *Expulsão uterina* obteve uma concordância de somente 66,7% dos peritos.

A utilização pelas enfermeiras das expressões "tem hemorróide exacerbada" e "hemorróide exteriorizada" parece estar focalizada na dor que a puérpera refere ou manifesta relacionada com a presença de varizes hemorroidárias, provavelmente em consequência de dilatação ou insuficiência vascular local (CIPE®, 2000). Este foco da prática é designado na CIPE® como *Dor vascular*. A associação daquelas expressões a este foco foi consensual. De facto, registou-se uma concordância de todos os peritos (100%).

É possível que a expressão "dores abdominais que aumentam quando dá de mamar" seja usada pelas enfermeiras para referir um tipo de dor manifestada pelas puérperas. Na opinião de uma enfermeira, quando as enfermeiras usam esta expressão estão a chamar a atenção para a "dor abdominal que aumenta quando dá de mamar, e normalmente são

as chamadas dores tortas; estão associadas às contracções uterinas, e à acção da ocitocina libertada pelo sugar do bebé, que provocam o regresso do útero à sua localização pré-gravídica. Por vezes as puérperas referem que são dores tipo cólicas" (E8.6).

A descrição desta realidade parece constituir um foco da prática. Contudo, confrontando a caracterização desta situação com os tipos de dor propostos pela CIPE®, não se encontra nenhum foco da prática sobreponível com esta descrição. No entanto, é passível associar a situação a uma dor com origem num espasmo uterino habitualmente referida como "*contracções intensas tipo cólica, pulsáteis e sensação de desconforto no abdómen e região lombar*", (CIPE®, 2000:42). Este foco da prática é designado, na CIPE®, por *Dismenorreia*. A definição de *Dismenorreia* tem, de facto, semelhanças com a situação descrita pelas enfermeiras nomeadamente a localização - abdominal e terem origem em contracções uterinas. Porém, no painel de peritos esta associação não atingiu níveis de concordância - apenas 72,2% dos peritos concordaram com a associação. Esta situação sugere uma área de atenção das enfermeiras não contemplada pela CIPE® - constituirá esta realidade pretexto para sugestão de um novo foco da prática? Voltaremos mais adiante a esta questão.

A associação, na linguagem das enfermeiras de expressões, como por exemplo "queixa-se muito, principalmente quando tem familiares junto dela" ou "refere contracções dolorosas mas que melhoraram depois de descansar" parece ter na sua base as «queixas de dor» da grávida. A associação destas expressões é entendida por uma das enfermeiras como a descrição do estado da grávida que se apresenta "queixosa, a chorar dizendo que lhe dói o fundo da barriga. No entanto as dores podem ser muito grandes mas não correspondem a contracções eficazes" (E3.4). Outra enfermeira acrescentou ainda que "queixam-se mas às vezes não é nada: quer dizer que não estão em trabalho de parto. Só têm dor" (E3.6).

O foco de atenção das enfermeiras parece ser a sensação de dor da grávida. Mas que tipo de dor? Pelas características referidas pelas enfermeiras esta é uma dor provocada por contracções uterinas. Se assim for, esta descrição pode estar relacionada com a

"*sensação de dor de intensidade crescente, associada às contracções do útero*" só que sem acontecer "*dilatação cervical que ocorre durante o parto*" (CIPE®, 2000:42).

Neste caso estamos perante a possibilidade de se tratar da "*sensação de dor abdominal localizada que começa por ser conotada como dor do trabalho de parto mas se revela ineficaz, não acompanhada por apagamento e dilatação do colo*" (CIPE®, 2000:43), designada na CIPE® por *Dor sem trabalho de parto*. Confrontados com esta dúvida, 83,3% dos peritos tenderam a concordar com a associação.

Várias vezes, verificámos que na descrição do processo de cuidados, as enfermeiras recorrem à verbalização do conjunto de dados resultante da sua apreciação para narrar a situação. São disso exemplo, expressões como "más condições de colo, tem colo fechado, grosso e apresentação no primeiro plano", "apresentação está muito alta" ou ainda "feto macrossómico". Quando inquirida sobre o significado destas expressões uma enfermeira afirmou que elas "podem dar indícios sobre a duração do trabalho de parto, mais demorado..." (E4.14). Neste caso, admitimos que a atenção das enfermeiras se centrava nos "*processos perinatais que ocorrem desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta*", designados por *Trabalho de parto* (CIPE®, 2000:46). Esta foi, também, a opinião dominante do painel de peritos, com 89,9% de participantes concordantes com esta associação.

Algumas das expressões usadas pelas enfermeiras, nomeadamente "temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe" aparentam demonstrar a sua atenção para aspectos de saúde relevantes para a prática mas do domínio daquilo que depende da pessoa enquanto "*agente intencional desempenhando acções motivadas por razões de caracter individual*" (CIPE®, 2000:47). Ou seja, na opinião de algumas enfermeiras, a "mãe" não adopta determinado comportamento "porque não sabe...".

A atenção das enfermeiras pode, neste caso, estar centrada no conteúdo específico do pensamento com base em informação e competências aprendidas designado por *Conhecimento* (CIPE®, 2000). Esta possibilidade recolhe a unanimidade na posição dos peritos (100% de opiniões concordantes).

Algumas expressões usadas pelas enfermeiras, como por exemplo "recém-nascido na neonatologia", "pouco comunicativa" ou "mãe ansiosa" parecem constituir, face à frequência da sua utilização, dados relevantes para o processo de cuidados. No entanto, qual será, em concreto, a área de atenção das enfermeiras? Quando inquiridas sobre isto, houve uma enfermeira que afirmou que referir o "recém-nascido na neonatologia" funcionava como alerta para os comportamentos da mãe, pois as enfermeiras "preocupam-se com o acompanhamento que ela faz do recém-nascido, pode estar ansiosa (...)" (E8.3). As expressões "pouco comunicativa" ou "mãe ansiosa" parecem estar associadas à "ansiedade e/ou depressão pós-parto". Estes dados, na opinião de uma enfermeira, "significam que a puérpera só responde quando solicitada e mesmo assim com dificuldade. Nestas situações é normal chorarem por tudo e por nada" (E6.24).

Estes relatos parecem apontar para uma preocupação, por parte das enfermeiras, com sentimentos de ameaça ou infelicidade sem causa conhecida, designado por *Ansiedade* (CIPE®, 2000). De facto, esta foi também a opinião do painel de peritos, com níveis de concordância entre 88,9% e 100%.

Contudo, a expressão "pouco comunicativa" pode, pelo significado atribuído por algumas enfermeiras, indicar uma outra área de atenção. Admitimos que o comportamento caracterizado, nas palavras de uma enfermeira, por "a puérpera só responde quando solicitada" (E6.24) e "é normal chorarem por tudo e por nada" (E6.24) ou " (NC5), mexe-se pouco...", ou ainda "estava muito triste mas o marido trouxe-lhe uma fotografia do recém-nascido" (NC8) pode representar a sua preocupação, não com a acção em si mesma (chorar, não falar, aspecto cansado, etc.), mas, com a razão para acção, isto é, com os "sentimentos de desalento e melancolia associados a falta de energia" designado por *Tristeza* (CIPE®, 2000:52). A associação daquelas expressões a este foco teve uma concordância de 94,4% e 100% dos peritos.

As enfermeiras recorreram, ainda, a outras expressões para caracterizar o comportamento melancólico da puérpera, nomeadamente, "está deprimida" ou "chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar", está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto" (E6.26). Na opinião de uma enfermeira, estes comportamentos "não são esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada

no filho, não ter interesse em amamentar, chorar por tudo e por nada, basta, às vezes, perguntar como está" (E8.15). Colocámos por isso, em alternativa, duas possibilidades: a atenção estar focalizada no sentimento de estar abandonada e completamente sozinha acompanhados de comportamento depressivo e angustiado, designado por *Desolação* (CIPE®, 2000); ou a atenção estar centrada no sentimento de falta de controlo numa dada situação e incapacidade de agir pela convicção de que as suas acções não vão afectar significativamente os resultados, designado por *Sentimento de impotência* (CIPE®, 2000). Foi unânime a opinião do painel de peritos (100% dos participantes) em que, de facto, ambas expressões podem estar, em determinadas circunstâncias, associadas a estes focos da prática.

As expressões "má colaboração materna, agora chora por saber disso" ou "está chorosa, porque como vê os outros bebés na enfermaria e acha que se portou mal" parecem surgir na linguagem das enfermeiras, como descrição do comportamento da "mãe". Admitimos, ainda, que estes dados podem referir os "*processos individuais de resolução dos sentimentos por ter agido de modo errado, associado a um doloroso sentimento de responsabilidade*", designado por *Trabalho de culpa* (CIPE®, 2000:53). No painel de peritos foram concordantes com esta associação 88,8% e 83,3% dos seus participantes, respectivamente.

Quando as enfermeiras usam expressões como "está muito agitada, está sempre às voltas na cama", "descontrolada", "queixosa e descontrolada", "má colaboração materna", "farta-se de gritar", "só geme e se queixa quando está com contracção", "está colaborante", "colaborou lindamente" ou "queixosa mas controlada", persiste a dúvida sobre qual será a área da sua atenção. Será o comportamento ou, antes, a razão deste comportamento? Ou será que é a adaptação da parturiente a determinada circunstância?

Na opinião de uma enfermeira, estas expressões descrevem o comportamento da parturiente com dor, "refere dores sem intervalo, taquipneia, respiração ofegante, hiperventilação, sudorese intensa, gesticula, bate com a mão na almofada, por exemplo, trinca os lábios, abre muito os olhos. Não é capaz de respirar, menos receptiva aos pedidos: quer de posição, quer de comportamento, quer de colaboração" (E2.2); uma outra enfermeira acrescenta "berra, gesticula, não respira adequadamente, não aceita o

que as pessoas dizem (acompanhantes ou nós), esperneiam, está agitada" (E5.1). Contudo, uma enfermeira afirma, aparentemente em sentido contrário, "está colaborante, calma, que ouve o que se lhe diz, que sabe respirar durante a contracção, consegue relaxar quando não está com a contracção, consegue dialogar e quando tem contracções concentra-se na respiração" (E5.2). No mesmo sentido, duas outras enfermeiras acrescentam "...no período expulsivo, colabora de acordo com as instruções, faz o que é esperado naquele momento" (E4.4) e "está receptiva às informações, consegue assimilar e faz o que se lhe pede de acordo com a situação" (E4.5).

Apesar do diferente conteúdo nos significados associados emerge um denominador comum na atenção das enfermeiras, centrado na "*disposição para gerir novas situações e desafios*" (CIPE®, 2000:54), em particular as "*disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção*" designado por *Autocontrolo* (CIPE®, 2000:56). A associação daquelas expressões a este foco da prática alcançou uma concordância de 88,9% dos peritos.

Uma enfermeira, quando inquirida sobre as preocupações subjacentes à expressão "não está motivada para amamentar", afirmou que aquela expressão caracteriza "comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar" (E8.15). Outra enfermeira acrescentou ainda que "quando se pergunta a que horas o bebé tem que mamar ela não sabe nem quer saber, quando está a dar de mamar está indiferente: olha para o lado, começa a soprar, fica atenta a tudo menos ao que está a fazer, quando diz que o leite não alimenta o filho/não gosta/não chega. E mantém este comportamento mesmo depois de lhe terem sido dadas as informações" (E6.15). Estes aspectos, parecem sugerir que a atenção das enfermeiras se dirige para os comportamentos relacionados com o interagir, de acordo com as responsabilidades de ser mãe adoptando comportamentos adequados, designados por *Papel maternal* (CIPE®, 2000). A associação daquelas expressões a este foco da prática alcançou a concordância de todos os participantes (100%).

Durante uma passagem de turno, uma enfermeira afirmou "o pai assistiu ao parto e está lá com eles". Admitimos que a atenção desta enfermeira poderia estar centrada no papel

de interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai pela adopção de comportamentos adequados designado por *Papel paternal* (CIPE®, 2000). A opinião dos peritos foi no sentido de concordância com a associação, com 94,4% de opiniões concordantes.

Assim, da análise e da validação por parte do painel de peritos foram identificados vinte e dois focos da prática, dos quais catorze pertencem ao domínio *Função* e oito ao domínio *Pessoa*.

Os focos da prática identificados pertencentes ao domínio *Função* estão distribuídos pelos subdomínios:

- Circulação: *Perfusão dos tecidos, Hemorragia*;
- Temperatura corporal: *Hipertermia, Febre*;
- Secreção: *Lactação*;
- Tegumentos: *Ferida cirúrgica, Laceração, Ingurgitamento mamário*;
- Actividade motora: *Expulsão uterina*;
- Sensações: *Dor vascular, Dor sem trabalho de parto*;
- Resposta imunitária: *Infecção*;
- Reprodução: *Trabalho de parto, Nascimento*.

Os focos da prática identificados que pertencem ao domínio *Pessoa* estão distribuídos pelos subdomínios: *Razão para a acção* e *Acção*. Do domínio *Acção* obtivemos apenas um foco da prática - *Papel maternal*. Do domínio *Razão para a acção* obtivemos sete focos da prática pertencentes aos subdomínios:

- Cognição: *Conhecimento;*
- Emoção: *Ansiedade, Tristeza, Desolação, Trabalho de culpa, Sentimentos de impotência;*
- Adaptação: *Autocontrolo*.

A «matéria prima» para diagnosticar focos da prática relativos à família

Da análise dos discursos das enfermeiras emergiram, também, aspectos de saúde relevantes para a prática relativos à interacção de um grupo de indivíduos, entendidos

como unidade social, unidos por consanguinidade e afinidades emocionais (CIPE®, 2000).

O nascimento de uma criança constitui uma alteração importante na estrutura relacional de uma família. O processo de paternidade passa, por um lado, por reconhecer a relação com o filho e, por outro, por um período de intensa aprendizagem com o propósito de cuidar e criar uma criança, optimizando o seu crescimento e desenvolvimento.

Expressões como "recém-nascido está na neonatologia" ou "ainda não viu o recém-nascido que está na neonatologia" significam, na opinião de uma das enfermeira, um modo de "chamar a atenção para se avaliar o sentimento da mãe perante o filho. Se está triste com a separação, se o quer ir ver, se precisa de ser acompanhada,... tem que ver com a vinculação" (E6.34). De facto, até a utilização do verbo «ver» indicia «procurar com o olhar», característica que se evidencia quando a atenção se centra na relação entre mãe e filho. Admitimos, por isso, que a preocupação das enfermeiras se focaliza no "estabelecimento de uma relação estreita entre a mãe e a criança", designado por Ligação mãe-filho, enquanto tipo de "*ligação entre a(s) crianças e os pai(s)*" - Vinculação (CIPE®, 2000:70). A associação daquelas expressões e estes focos da prática conseguiu o consenso no painel de peritos com 100% de opiniões concordantes.

As expressões "amamenta com dificuldade, em adaptar o recém-nascido e o mamilo porque tem mamilos rasos", "dificuldade em estimular/acordar o recém-nascido" usadas pelas enfermeiras, traduzem na opinião de uma enfermeira, aspectos sobre a relação da mãe com o filho, caracterizado por "não controla as mamadas" (E7.2), ao que uma outra acrescenta "a mãe que não está disposta a amamentar, não sabe, a posição pode não ser a melhor, pode estar cansada" (E5.13) ou ainda, "dificuldade que ela tem em fazer a prega" (E8.2). Pelo significado atribuído, as expressões parecem indicar a atenção das enfermeiras na ligação mãe-filho num momento específico: enquanto o alimenta. De facto, alimentar a criança constitui um importante mecanismo no estabelecimento de uma ligação estreita entre a criança e a mãe. Por isso, parece-nos possível associar tais expressões à preocupação, por parte das enfermeiras, no estabelecimento da relação maternal com a criança enquanto a amamenta designado, enquanto foco da prática, por

Amamentar (CIPE®, 2000). A associação daquelas expressões a este foco da prática alcançou concordância de 94,4% e de 100% dos participantes.

Outras expressões, usadas pelas enfermeiras, parecem referir a reacção da criança a esta relação maternal. São disso exemplos as expressões "mama bem/mal/lindamente", "mama com dificuldade", "necessita ser estimulado para mamar", "adaptação à mama fraca", e "mamou 20 minutos numa mama e só 5 na outra". Estas expressões podem traduzir a atenção das enfermeiras no estabelecimento de uma ligação por parte da criança com a mãe, num momento particular: enquanto mama no peito dela e é alimentado (CIPE®, 2000). Este foco da prática é designado por *Mamar*. A associação entre aquelas expressões e o foco da prática *Mamar* obteve a concordância de todos os peritos do painel.

Assim, foram identificados quatro focos da prática do domínio *Família* e subdomínio *Processos familiares:*(*Vinculação, Ligação mãe-filho, Amamentar, Mamar.*

3.1.3. Da «matéria prima» não organizada à construção da linguagem formal

Ao longo da análise dos discursos, referentes à descrição das necessidades em cuidados, produzidos pelas enfermeiras fomos destacando alguns termos/expressões cuja associação a foco da prática era para nós inexequível. Esta dificuldade tem a ver com o facto de, por um lado, o termo ou a expressão se encontrarem descontextualizados e, por outro, os significados atribuídos pelas enfermeiras não constituírem pistas relevantes para a possível associação (o *definiendum* era definido pelo *definiens* em parte significativa dos casos).

O agregado de termos/expressões que tenderam para esta categoria são apresentados na Tabela 3.

Termos e expressões usadas pelas enfermeiras	
"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	"líquido amniótico hemático"
"choro débil"	"perda de líquido amniótico"
"recusa alimentar"	"faz soro no final das mamadas"
"involução uterina"	"polaquiúria"
"pulso taquicárdico"	"parturiente/puérpera adolescente"
"ardência urinária"	"gravidez não vigiada"
"disúria"	"hora do nascimento"
"glicosúria"	"hora da rotura das membranas"
"proteinúria"	"ruídos cardíacos fetais positivos e normais"
"cuidados imediatos ao recém-nascido"	"máscara equimótica"
"não amamenta"	"recém-nascido pletórico"
"recém-nascido ictérico"	"pouco reactivo a estímulos"
"nasceu impregnado de mecónio"	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"

Tabela 3 - Termos e expressões usadas pelas enfermeiras não associados a focos da prática

E agora? Como divisar os possíveis focos da prática a que estes dados podem ser associados? Será que estes dados configuram, de facto, focos da prática?

Para dar resposta a esta dúvida decidimos dirigir esta questão ao painel de peritos/informantes chave: *qual poderia ser o foco da prática associado a tal termo/expressão*?

Da análise das respostas surgiram duas situações:

1. o termo associado em linguagem natural pelos peritos era igual a um termo que designa um foco da prática na CIPE®;
2. o termo associado era diferente dos termos que referem focos da prática na CIPE®.

Dos termos que não referem focos da prática da CIPE® alguns traduzem diagnósticos médicos (por exemplo: sepsis, infecção urinária, cólica renal, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, etc.); outros mencionam dados/manifestações relacionadas com o foco da prática (por exemplo: traumatismo da algália, tempo de puerpério, secreções, desmotivação da mãe, prematuridade, etc.) (Anexo 8).

Os termos iguais aos termos que designam focos da prática da CIPE®, associados aos termos/expressões usados pelas enfermeiras foram, surpreendentemente, abundantes.

Por exemplo, a expressão "gemido (discreto, intermitente, persistente)" foi associada aos focos: *Dispneia, Dor cutânea, Hipotermia, Hipertermia, Infecção, Susceptibilidade à infecção e Trabalho de parto*; a expressão "recusa alimentar" foi associada aos focos: *Ingestão nutricional, Infecção, Susceptibilidade à infecção, Mamar, Fome, Hipotermia, Sucção, Perfusão dos tecidos, Náusea, Vómito, Papel maternal, e Vinculação.*

Depois da recolha e da análise o resultados deste primeiro questionário, reformulamos as questões e devolvemo-las ao painel de peritos/informantes chave (segunda ronda). O propósito era, antes de mais, dar a conhecer o resultado do primeiro questionário mas, também, pedir aos peritos que manifestassem o seu grau de concordância com as associações, termos/expressão - foco da prática, propostas. Como resultado desta ronda obtivemos um conjunto de termos/expressões cuja associação a focos da prática obteve a concordância dos peritos (Anexo 9) e, um outro conjunto em que tal não se verificou, ou seja, não foi atingido o nível de concordância pré-definido para determinar o consenso.

Nas tabelas seguintes destacam-se alguns exemplos de focos da prática associados, pelos peritos, a termos/expressões, bem como, o respectivo nível de concordância.

Alguns peritos sugeriram que em determinadas circunstâncias, a expressão "gemido (discreto, intermitente, persistente)" pode constituir um dado relevante para o processo de identificação no recém-nascido dos focos da prática - *Dispneia, Hipotermia, Dor cutânea e Infecção* (Tabela 4).

"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	% peritos concordantes
Dispneia	88,2
Hipotermia	100
Dor cutânea	76,4
Infecção	82,3

Tabela 4 - Focos associados à expressão "gemido (discreto, intermitente, persistente)", na primeira ronda.

O gemido parece ser usado pelas enfermeiras para caracterizar a respiração do recém-nascido. De facto, segundo Lowdermilk *et al.* (2002), gemido, adejo nasal e tiragem são sinais de que o recém-nascido está a recorrer a mecanismos compensatórios para manter a ventilação normal. Um som semelhante a um gemido ocorre quando a criança expira

contra glote, com as cordas vocais parcialmente fechadas. É um som respiratório anormal, associado a dificuldade na manutenção dos níveis de oxigénio necessários à manutenção das funções vitais. O aumento das necessidades de oxigénio no recém-nascido acontece frequentemente quando existe consumo aumentado, como nos casos de hipotermia ou infecção, ou aporte insuficiente, como nos casos de dispneia.

Quando a associação entre a expressão e aqueles focos foi apreciada pelo painel de peritos, os níveis de concordância entre os participantes situaram-se entre os 76,4% , na associação ao foco *Dor cutânea* e os 100% na associação ao foco *Hipotermia*.

Alguns peritos consideraram a expressão "*recusa alimentar*" como um dado relevante para a identificação dos focos da prática: *Ingestão nutricional, Susceptibilidade à infecção, Mamar, Sucção, Náusea, Hipotermia, Papel maternal* e *Vómito* (Tabela 5). Os foco da prática *Ingestão nutricional* e *Náusea* foram os mais associados pelos peritos a esta expressão.

"recusa alimentar"	% peritos concordantes
Ingestão nutricional	88,2
Susceptibilidade à infecção	82,3
Mamar	76,4
Sucção	76,4
Náusea	100
Hipotermia	82,3
Papel maternal	82,3
Vómito	82,3

Tabela 5 - Focos associados à expressão "recusa alimentar", na primeira ronda.

Esta expressão foi associada a alguns focos da prática que, pela justificação expressa pelos peritos, parecem constituir dados relevantes para distinguir a *Ingestão nutricional* insuficiente. São disso exemplo a *Sucção* e o *Mamar* (alterados).

Quando as enfermeiras, na sua prática, referem "*recusa alimentar*" a atenção está centrada, na opinião de uma delas, no "vómito para ver se o recém-nascido faz bem, ou não, a digestão. Por vezes ele pode estar nauseado e não quer comer, então fazemos uma lavagem gástrica e verifica-se que ele tem o estômago com leite por digerir ou então secreções" (E7.1). Talvez, por isso, também faça todo o sentido a associação aos focos da CIPE® *Náusea* e *Vómito*. De facto, os peritos foram unânimes na concordância com

associação desta expressão ao foco da prática *Náusea* (100%), enquanto a associação ao foco da prática *Vómito* obteve 82,5% de concordância.

"Involução uterina" constitui outra expressão usada pelas enfermeiras. Pelas respostas dos peritos, esta expressão é considerada um dado importante para o processo de identificação dos focos: *Perda sanguínea*, *Hemorragia* e *Contracção uterina* (Tabela 6).

"involução uterina"	% peritos concordantes
Perda sanguínea	100
Hemorragia	82,3
Contracção uterina	76,4

Tabela 6 - Focos associados à expressão "involução uterina", na primeira ronda.

Esta expressão é utilizada pelas enfermeiras habitualmente associada ao dia do puerpério, como por exemplo "(...) está no primeiro dia pós cesariana sob anestesia epidural. Tem útero em involução normal. (...)" (NC14) ou "está no primeiro dia pós-parto eutócico (...) Útero em involução, lóquios normais (...)".

A involução uterina constitui um processo fisiológico, a que as enfermeiras estão atentas, caracterizado essencialmente pelo retorno do útero ao tamanho e local anatómico pré-gravídico (Lowdermilk [et al.], 2002).

Tal como nas situações anteriores, este constitui mais um caso em que as enfermeiras nomeiam a sua área de atenção, não em forma de diagnóstico, mas através da descrição das suas características (dados) relevantes.

A expressão "cuidados imediatos ao recém-nascido" é usada pelas enfermeiras para sintetizar um conjunto de actividades relacionadas com os primeiros minutos de vida da criança e a sua adaptação à vida extra-uterina. Como durante a análise não conseguimos configurar o foco da prática resolvemos questionar o painel de peritos. O resultado foi a indicação de um total de treze focos da prática da CIPE®, dos quais nove obtiveram nível significativo de concordância no painel - *Prestar cuidados*, *Dispneia*, *Perfusão dos tecidos*, *Limpeza das vias aéreas*, *Aspiração*, *Hipotermia*, *Vinculação*, *Ingestão nutricional* e *Conforto* (Tabela 7).

"cuidados imediatos ao recém-nascido"	% peritos concordantes
Prestar cuidados	100
Dispneia	76,4
Perfusão dos tecidos	88,2
Limpeza das vias aéreas	100
Aspiração	88,2
Hipotermia	88,2
Vinculação	76,4
Ingestão nutricional	94,1
Conforto	94,1

Tabela 7 - Focos associados à expressão "cuidados imediatos ao recém-nascido", na primeira ronda

O propósito dos cuidados imediatos ao recém-nascido visa optimizar a sua adaptação à vida extra-uterina. Nas palavras das enfermeiras tais cuidados incluem "limpar, secar e manter o recém-nascido aquecido, desobstruir vias aéreas, cuidados com o coto umbilical, pesar e medir e colocar recém-nascido na barriga da mãe após o nascimento" (E6.36.a). Talvez, por tudo isto, aquela expressão tenha sido associada pelos peritos a este conjunto de focos da prática da CIPE®, com elevados níveis de concordância. O foco *Limpeza das vias aéreas*, por exemplo, conseguiu concordância de todos os peritos (100%). Também o foco *Prestar cuidados* reuniu o consenso entre os peritos, com 100% dos peritos a concordarem com a associação. Na opinião dos peritos, os cuidados imediatos ao recém-nascido, que promovem a sua adaptação à vida extra-uterina, reflectem a preocupação com "*acções de providenciar cuidados, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associado a criação, estimulação e sustento*", designado por *Prestar cuidados* (CIPE®, 2000:68).

Esta expressão parece reunir um conjunto de focos da prática, que apesar de implícitos, são mentalmente reconhecidos pelas enfermeiras que a escutam. Parece funcionar como um «chunk», isto é, um conjunto de elementos percebidos logo à partida pelo utilizador da informação através da utilização do termo ou da expressão.

Os peritos entendem que a expressão "não amamenta" pode referir vários focos da prática. *Uso de drogas, Conhecimento, Papel maternal, Lactação, Mastite da lactação, Vinculação, Ingurgitamento mamário, Ligação mãe-filho, Amamentar, Ingestão nutricional* e *Imagem corporal* foram alguns deles (Tabela 8).

"não amamenta"	% peritos concordantes
Uso de drogas	82,3
Conhecimento	94,1
Papel maternal	88,2
Lactação	88,2
Mastite da lactação	82,3
Vinculação	76,4
Ingurgitamento mamário	94,1
Ligação mãe-filho	76,4
Amamentar	88,2
Ingestão nutricional	76,4
Imagem corporal	76,4

Tabela 8 - Focos associados à expressão "não amamenta", na primeira ronda.

Segundo um dos peritos "são muitas as razões que podem levar uma mãe a não querer amamentar" - desde a falta de conhecimentos, à dificuldade em se adaptar a esta situação, passando pela insuficiente ou excessiva produção de leite, pela influência de familiares/grupos sociais ou, até mesmo, pela impossibilidade ou desejo de não amamentar. Os focos associados a esta expressão, que atingiram maiores níveis de concordância, foram o *Conhecimento* e o *Ingurgitamento mamário*, com 94.1% dos participantes no painel concordantes.

3.1.4. Síntese: do pré-diagnóstico ao diagnóstico

As enfermeiras ao descreverem as necessidades em cuidados já usam, na sua prática, termos iguais aos termos da CIPE®. São disso exemplo *Hipertensão*, *Aspiração*, *Vómito*, *Trabalho de parto*, *Obstipação*, *Ansiedade*, *Lipotímia*.

Recorrem, também, a outras expressões que, apesar de não serem exactamente iguais aos termos da CIPE®, a acepção e o significado clínico atribuído são sobreponíveis a conceitos da CIPE®. São exemplos desta realidade: "estava cheio de secreções na orofaringe" para designar *Limpeza das vias aéreas*; "no final da mamada bolsa sempre um pouco de leite" para designar *Regurgitação*; "mamas com muito colostro" para designar aspectos da *Lactação*; ou, ainda, a expressão "refere contracções uterinas dolorosas" para designar *Dor de trabalho de parto*.

Nestes casos o que parece existir é uma divergência no rótulo utilizado para enunciar a necessidade em cuidados. Esta situação leva-nos a crer que será viável, a curto prazo, com formação apropriada, os enfermeiros adoptarem os mesmos rótulos para

designarem as mesmas realidades. Deste modo, a CIPE® pode, de facto, tornar-se um instrumento útil no caminho para a uniformização da linguagem.

Ao longo do processo de recolha e de análise dos dados fomos percebendo que muito do discurso das enfermeiras utilizado para descrever a necessidade de cuidados é construído recorrendo a dados (*entidades discretas que descrevem objectivamente o objecto de atenção*) e a informação (*dados interpretados, estruturados, ou organizados tendo em vista o seu significado*) e não a conhecimento (*informação sintetizada de forma a que as relações sejam identificadas e formalizadas*). Por isso, os dados foram interpretados e organizados tendo em consideração o seu significado, clarificado pelas próprias enfermeiras participantes no estudo e, posteriormente, alocados a focos da prática, definidos na CIPE®.

É interessante notar que os dados encontrados têm significado, para as enfermeiras. De facto, quando são inquiridas sobre o significado atribuído aos termos e às expressões usadas, elas conseguiam, relativamente à grande maioria dos dados, fazer a transposição para informação e conhecimento. Por exemplo, para designar *Dispneia* os enfermeiros usam dados como "adejo nasal" e este código percebido pelos enfermeiros como "asas do nariz a mexer que traduz habitualmente dificuldade respiratória" (E6.39) ou "sinal de síndrome de dificuldade respiratória" (E8.9), indicia que as enfermeiras descrevem as necessidades em cuidados utilizando, neste caso em particular, uma característica definidora do foco da prática da CIPE®. De facto, *Dispneia* é definida na CIPE® como um *tipo de respiração com as características específicas: movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal*, (...).

Verificámos também que é difícil, por vezes, inferir o foco da prática a partir do dado utilizado, na medida em que existem expressões usadas pelas enfermeiras que traduzem, em contexto da prática, vários focos da prática, isto é, os enfermeiros não explicitam o seu diagnóstico ficando-se pelo pré-diagnóstico. Efectivamente, a diferenciação e alocação do dado a determinado foco da prática é operacionalizado em contexto, e momento, de acção. Os enfermeiros parecem comungar um acordo tácito de partilha de significados, isto é, a partir da expressão os enfermeiros inferem, mentalmente, as

hipóteses de diagnóstico. O problema é que, geralmente, o resultado deste processo não é discutido nem, tão pouco, comunicado (diagnóstico diferencial). Por exemplo, quando as enfermeiras referem "o recém-nascido apresentava recusa alimentar" pode, em confronto com a situação particular, concorrer para o processo diagnóstico de *Ingestão alimentar* (insuficiente), *Susceptibilidade à infecção* (pode constituir um sinal de alerta para uma possível infecção), *Mamar* (comprometido), *Sucção* (ineficaz), *Náusea* (estar nauseado e, por isso, recusar a alimentação), *Hipotermia*, *Papel maternal* (o comportamento que a mãe adopta pode não ser o mais indicado) e, *Vómito* (risco).

Ao conceptualizarem os cuidados, quando as enfermeiras referem "cuidados imediatos ao recém-nascido" associam a esta expressão um conjunto de aspectos e de comportamentos relevantes para a prática de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito ao "pesar, medir, perímetro cefálico, pesquisa de glicemia capilar para despiste de hipoglicemia, secamos muito bem o recém-nascido, aspiramos secreções se necessário, prevenindo as perdas de calor" (E6.36 a). Sob esta expressão podem estar vários focos de atenção, entre eles o *Desenvolvimento infantil*: "tem a ver com o pesar, medir, perímetro cefálico, que os parâmetros do crescimento, para comparação com o crescimento no futuro"; a *Ingestão nutricional*: "efectuamos a pesquisa de glicemia capilar para despiste de hipoglicemia"; a *Hipotermia*: "secamos muito bem o recém-nascido" e "prevenindo as perdas de calor"; e, a *Limpeza das vias aéreas*: "aspiramos secreções se necessário".

Num outro exemplo, a expressão "está com gemido" pode também referir um conjunto de potenciais focos da prática. A enfermeira (emissora) refere "o recém-nascido está com gemido" e a outra enfermeira (receptora) ao processar a mensagem, vai admitindo várias hipóteses, associando outros dados que podem traduzir melhor a situação, ou seja, admite várias hipóteses de diagnóstico. Contudo, apenas quando em contacto com o portador do foco de atenção, neste caso a criança, é que valida as hipóteses que formulou e determina as intervenções.

Julgamos, assim, existir uma convenção semântica oculta, isto é, implicitamente as enfermeiras «dizem dados por meias palavras» mas partilham os seus significados.

No entanto, a multiplicidade de possíveis focos da prática, face a cada termo/expressão, confronta-nos com uma dificuldade concreta: a continuidade de cuidados estará assegurada? Uma vez que o diagnóstico não é explicitamente partilhado e que cada enfermeira decide, no momento, qual o diagnóstico de enfermagem que determina a sua acção, dificilmente se pode falar de continuidade de cuidados.

Após a análise efectuada identificámos um conjunto de focos, propostos na CIPE®, considerados pelas enfermeiras como focos da sua prática (Anexo 10).

3.2. Da dificuldade em representar a linguagem folk em linguagem formal

No estudo procurámos encarar os termos e as expressões usadas pelas enfermeiras para descrever a necessidade em cuidados, como dados e informação relevantes para o processo diagnóstico, ou como área de atenção. Quando o termo ou a expressão, na opinião do painel de peritos, traduziam focos da prática da CIPE® a situação não suscitou dúvidas.

No entanto, noutros casos, ocorreu discordância entre a associação termo/expressão e foco da prática. De facto, verificámos que algumas associações de termos ou expressões a focos da prática da CIPE® não conseguiam atingir nível de consenso pré-estabelecido. Nestes casos pelo menos 25% dos peritos manifestavam discordância ou, não tinham opinião sobre a associação proposta. Este conjunto de associações entre termos ou expressões e focos da prática da CIPE® resultaram tanto da primeira como da segunda ronda (Anexo 11).

Da análise das respostas do painel de peritos às associações propostas na primeira ronda, verificámos algumas discordâncias, como podemos verificar na Tabela 9.

Termos e expressões usada pelas enfermeiras	Foco da prática	% peritos discordantes	
		<=3	=4
"Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com Apgar 5/7" /"índice de Apgar"	Desenvolvimento infantil	33,4	11,1
"líquido amniótico com mecónio"/ "líquido amniótico normal"	Perfusão dos tecidos	33,4	22,2
"choro vigoroso"/"recém-nascido com choro forte"	Expectorar	66,7	0
"tem útero em involução"	Infecção	22,2	5,6
"distócia de ombros"	Expulsão uterina	22,8	11,1
"distócia de ombros"	Nascimento	22,8	5,6
"parto difícil"		21,9	5,6
"dores abdominais que aumentam quando dá de mamar"	Dismenorreia	11,2	16,6

Tabela 9 - Discordância do painel de peritos na apreciação da associação entre expressão usada pelas enfermeiras e o foco da prática (da primeira ronda).

Da análise dos resultados da expressos na Tabela 9 constatámos que a associação entre "choro vigoroso"/ "recém-nascido com choro forte" e foco da prática *Expectorar* obteve maior percentagem de peritos discordantes (66,7%). Verificámos, também, que a associação entre "líquido amniótico com mecónio"/ "líquido amniótico normal" e o foco da prática *Perfusão dos tecidos* obteve maior percentagem de peritos «sem opinião» (22,2%). Também a associação entre "dores abdominais que aumentam quando dá de mamar" e o foco da prática *Dismenorreia* obteve 16,6% de peritos «sem opinião». Relembramos que estas expressões foram re-enviadas ao painel para que os peritos se pronunciassem sobre quais os focos da prática passíveis de serem associados a tais expressões.

Da segunda ronda, emergiu um conjunto de associações que reuniram, também, a discordância dos peritos. Relembramos que estas associações tinham sido propostas pelos mesmos na primeira ronda a partir dos «termos e expressões não classificados».

Deste conjunto de associações entre termos ou expressões usadas pelas enfermeiras e focos da prática, destacamos a associação da expressão "apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado" ao foco *Infecção* que obteve a menor percentagem de peritos discordantes (5,8%) - apenas 5,8% dos peritos discordam com a associação.

A associação que envolveu maior percentagem de peritos discordantes foi a da expressão "gemido (discreto, intermitente, persistente" ao foco *Perfusão dos tecidos*, com 88,2% de opiniões discordantes. Este foi o único caso em que houve consenso na discordância.

De todas as associações entre expressão usada pelas enfermeiras e foco da prática da CIPE® destacamos as que auferiram da discordância de mais de 50% dos participantes no painel (Tabela 10) .

Termos e expressões usadas pelas enfermeiras	Foco da prática	% peritos discordantes	
		<=3	=4
"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	*Perfusão dos tecidos*	88,2	0
"pulso taquicárdico"	*Morte*	64,7	17,6
	Lactação	58,8	17,6
"ardência urinária"	*Dor cutânea*	52,9	5,8
"glicosúria"	*Expulsão uterina*	64,7	29,4
"faz soro no final das mamadas"	*Ansiedade*	52,9	23,5
"máscara equimótica"	*Ansiedade*	52,9	11,7
"recém-nascido plectórico"	*Hipóxia*	58,8	5,8
	Hipotermia	52,9	17,6

Tabela 10 - Associações entre os termos/expressões e os focos da prática que apresentaram mais de 50% dos peritos discordantes (segunda ronda).

Os níveis de discordância podem ser explicados pela descontextualização dos dados.

3.3. Dos significantes aos significados

Até agora relatámos o caminho percorrido para identificar os focos da prática das enfermeiras de um serviço de obstetrícia.

Persiste, contudo, uma inquietação: será que, de facto, as definições associados aos focos da prática da CIPE® estavam consonantes com os conceitos que as enfermeiras associam a tais termos? Para responder a esta dúvida decidimos inquirir o painel de peritos sobre o seu nível de concordância com as definições apresentadas na CIPE®.

Perante a impossibilidade objectiva de analisarmos aqui todos os focos da prática nomeados pelas enfermeiras, seleccionámos alguns. O critério que presidiu tal selecção teve por base os trabalhos já realizados, nomeadamente Silva (2001) e Machado (2001) - o primeiro desenvolvido em contexto de serviços de cirurgia, medicina e cuidados intensivos e o segundo em contexto de centro de saúde e o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido no âmbito da USINE. Assim, os focos incluídos neste conjunto resultaram da diferença entre os focos da prática que identificámos ao longo do estudo e os focos identificados nestes estudos (com a excepção dos que pertencem no padrão de documentação de saúde materna e saúde infantil).

No entanto, ficámos com a impressão, durante o trabalho de campo, de que alguns conceitos agregavam alguma dificuldade na clarificação da definição e processo de diagnóstico. Um exemplo destas situações é *Hipóxia*. Este é um termo usado pelas enfermeiras para designar a "diminuição do aporte de oxigénio no feto", mas, na CIPE® este foco corresponde ao domínio da *Respiração* e o "feto não respira". Então, será que a definição proposta pela CIPE® está conforme o conceito das enfermeiras?

Por isso, apesar de alguns destes focos pertencerem à lista dos trabalhos acima mencionados, decidimos incluí-los para que os peritos pudessem ajuizar sobre essa matéria. Assim, a partir da lista de focos da prática (Tabela 11), aos quais associámos as respectivas definições, elaborámos o terceiro questionário.

Focos da prática		
Abortar	*Desolação*	*Fadiga*
Amamentar	*Dor de falso trabalho parto*	*Febre*
Ansiedade	*Dor de trabalho parto*	*Fome*
Asfixiar	*Eritema da fralda*	*Gravidez não planeada*
Autocontrolo	*Eructação*	*Hipertermia*
Cólica	*Exaustão*	*Hipotermia*
Comportamento de adesão	*Expulsão uterina*	*Hipóxia*
Conforto	*Papel maternal*	*Ingestão nutricional*
Contracção uterina	*Papel paternal*	*Ingurgitamento mamário*
Desenvolvimento fetal	*Perfusão tecidos (feto)*	*Laceração*
Desenvolvimento infantil	*Promiscuidade*	*Lactação*
Ligação mãe-filho	*Mamar*	*Sentimentos de impotência*
Lipotímia	*Mastite da lactação*	*Sucção*
Maceração	*Medo*	*Susceptibilidade infecção*
Promoção da gravidez: risco aborto	*Nascimento*	*Trabalho de culpa*
Regurgitação	*Vertigem*	*Trabalho parto*
Retenção urinária	*Vinculação*	*Tristeza*

Tabela 11 - Focos da prática incluídos no questionário da terceira ronda.

Este questionário serviu de mote para a realização da terceira ronda, cujo desiderato foi conhecer qual o grau de concordância dos peritos com a definição do foco da prática, proposta pela CIPE®, e o porquê dessa posição (em particular, no caso de discordância).

O processo de análise dos resultados do questionário desta terceira ronda foi estruturado em duas partes: uma primeira, que envolveu a análise dos níveis de concordância dos participantes e, uma segunda que englobou a análise ao conteúdo dos comentários produzidos pelos peritos e que mereceu, da nossa parte, uma interessante reflexão.

Após análise das respostas, constatamos que *todas as definições conseguiram atingir o nível de concordância estabelecido como consenso*. Ou seja, as definições propostas pela CIPE® estão em conformidade com os conceitos dos enfermeiros peritos/informantes chave. Daqui decorre que *não se verifica um único caso de discordância com a definição de foco da prática incluído na CIPE®*.

Face aos níveis de consenso que as definições da CIPE® lograram obter junto dos peritos decidimos tornar mais exigentes os critérios para a determinação de *consenso*. Para tal, elevamos o limite do nível de consenso, isto é, mantivemos o nível de concordância para 75% de opiniões concordantes mas desprezando o *score* 5 (*concordo parcialmente*). Assim, tomámos por referência exclusivamente as respostas posicionadas em "*concordo*" e "*concordo completamente*" (*scores* 6 e 7, respectivamente) para determinar os níveis de concordância.

Da análise das concordâncias a este nível emergiram três grupos de focos da prática:

- um grupo de definições de focos da prática que englobou os focos da prática que nestas condições não atingiram os 75% de peritos concordantes (Tabela 12);
- um grupo de definições de focos da prática que obteve percentagem de peritos concordantes entre os 75% e os 80% (Tabela 13);
- um grupo de definições de focos da prática que obteve concordância de mais de 80% dos peritos (Tabela 14).

Foram somente oito as definições de focos da prática que não lograram alcançar concordância de pelo menos 75% dos peritos.

Focos da prática
Hipóxia (70,5%)
Susceptibilidade à infecção (70,5%)
Abortar (70,5%)
Trabalho de parto (70,5%)
Mamar (70,5%)
Regurgitação (64,7%)
Laceração (58,8%)
Dor sem trabalho de parto (70,5%)

Tabela 12 - Definições de focos da prática da CIPE® com menos de 75% de peritos concordantes

Da análise dos resultados, verificamos que a definição que reuniu menor nível de concordância entre os peritos foi a do foco da prática *Laceração,* com apenas 58,8% de opiniões concordantes. A definição de *Regurgitação* conseguiu concordância de 64,7% dos participantes, tendo as definições restantes ficado pelos 70,5%.
Um aspecto que nos chamou atenção foi o facto de quase todas as definições corresponderem a focos da prática do domínio *Função*, constituindo, tradicionalmente, as áreas de atenção que os enfermeiros melhor conhecem.

Talvez estes níveis mais baixos de concordância possam ter explicação pelo facto de se tratar de domínios comuns e bem conhecidos dos enfermeiros o que, por si só, poderia justificar uma maior disponibilidade e capacidade crítica.

De facto, até mesmo a definição do foco *Mamar*, que pertence ao domínio *Grupo* e subdomínio *Família*, constitui um conceito usado diariamente pelas enfermeiras do serviço de obstetrícia. Manifestação desta realidade é o facto de os peritos apresentarem propostas de alterações às definições destes focos da prática.

Os focos da prática cujas definições conseguiram concordância de 75%, mas inferior a 80%, dos peritos foram sete (Tabela 13).

Focos da prática
Hipotermia (76,4%)
Ingurgitamento mamário (76,4%)
Ligação mãe-filho (76,4%)
Papel maternal (76,4%)
Perfusão dos tecidos (feto) (76,4%)
Promoção da gravidez: risco aborto (76,4%)
Vinculação (76,4%)

Tabela 13 - Definições de focos da prática com mais de 75%, mas inferior a 80%, de peritos concordantes

Curiosamente todas as definições de focos da prática que conseguiram ultrapassar o limite de concordância dos 75% dos peritos ficaram-se pelos 76,4%.

A maioria (trinta e oito) das definições de focos da prática da CIPE® propostas aos peritos conseguiram obter destes uma concordância superior a 80% dos peritos (Tabela 14).

Focos da prática		
Amamentar (100%)	*Gravidez não planeada* (88,2%)	*Mastite da lactação* (100%)
Ansiedade (82,3%)	*Hipertermia* (100%)	*Medo* (88,2%)
Asfixiar (94,1%)	*Ingestão nutricional* (88,2%)	*Nascimento* (94,1%)
Autocontrolo (88,2%)	*Lactação* (94,1%)	*Papel paternal* (94,1%)
Cólica (88,2%)	*Lipotímia* (94,1%)	*Perfusão dos tecidos* (88,2%)
Comportamento de adesão (85,2%)	*Maceração* (82,3%)	*Promiscuidade* (88,2%)
Conforto (100%)	*Exaustão* (94,1%)	*Retenção urinária* (100%)
Contracção uterina (82,3%)	*Expulsão uterina* (82,3%)	*Sentimentos de impotência* (94,1%)
Desenvolvimento fetal (94,1%)	*Fadiga* (88,2%)	*Sucção* (94,1%)
Desenvolvimento infantil (88,2%)	*Febre* (94,1%)	*Susceptibilidade à infecção* (88,2%)
Desolação (94,1%)	*Fome* (88,2%)	*Trabalho de culpa* (88,2%)
Eritema da fralda (100%)	*Vertigem* (100%)	*Tristeza* (100%)
Eructação (94,1%)	*Dor de trabalho de parto* (94,1%)	

Tabela 14 - Definições de focos da prática com mais de 80% de peritos concordantes

Das definições dos focos da prática que pelo menos 80% de peritos concorda, algumas lograram reunir o consenso de todos os peritos, nomeadamente as definições dos focos da prática *Amamentar*, *Conforto*, *Hipertermia*, *Mastite da lactação*, *Retenção urinária*, *Eritema da fralda*, *Tristeza* e *Vertigem*.

Estes focos da prática, não só, constituem conceitos comuns aos peritos, como também, as definições que a CIPE® apresenta parecem ir de encontro aos conceitos que partilham.

Foi, no entanto, interessante constatar o nível de concordância dos peritos com alguns focos da prática, e respectiva definição, cujo termo que o designa não é comummente usado na prática clínica. São disso exemplo os focos da prática: *Autocontrolo, Comportamento de adesão, Desenvolvimento fetal, Desolação, Promiscuidade, Papel paternal* ou *Trabalho de culpa*. Isto parece demonstrar que existem necessidades em cuidados que os peritos associam a focos da prática da CIPE®, ou seja, os conceitos que a CIPE® propõe abarcam situações que os enfermeiros reconhecem na sua prática, apesar de, nem sempre, as nomearem.

Registámos, ainda, o caso particular da única definição de foco da prática que obteve concordância de mais de 75% dos peritos, ao nível do "*concordo completamente*" (*score* igual a 7). Esta definição foi a de *Eritema da fralda*, com 76,5% de opiniões concordantes.

Mesmo assim, constatámos que um conjunto de definições de focos da prática não recebeu qualquer comentário (Tabela 15), pelo que, naturalmente, não puderam ser alvo de qualquer análise.

Focos da prática[20]	
Hipertermia (100%)	Sentimentos de impotência (94,1%)
Febre (94,1%)	Ansiedade (82,3%)
Lactação (94,1%)	Tristeza (100%)
Eritema da fralda (100%)	Autocontrolo (88,2%)
Mastite da lactação (100%)	Comportamento de adesão (85,2%)
Exaustão (94,1%)	Papel paternal (94,1%)
Vertigem (100%)	Promiscuidade (88,2%)
Lipotímia (94,1%)	Gravidez não planeada (88,2%)
Desolação (94,1%)	Amamentar (100%)
Trabalho de culpa (88,2%)	

Tabela 15 - Focos da prática cujas definições não receberam qualquer observação por parte dos peritos

Da consulta ao painel de peritos há um primeiro resultado a reter: todas as definições da CIPE® apreciadas atingiram os critérios estabelecidos para se considerar a existência de consenso na concordância. No entanto, emergiram um conjunto de comentários associados a alguns focos da prática. A partir da análise aos comentários dos peritos foram estabelecidas quatro categorias:

(1) partes do conceito que não se aplica ao portador (características não observáveis);
(2) sugestões de características definidoras;
(3) propostas de alteração à definição;
(4) outros aspectos.

A análise das definições dos focos da prática da CIPE®, a pretexto dos comentários realizados pelos peritos, confrontando-os, por um lado, com a estrutura da CIPE® e, por outro, com o conhecimento actual sobre essas matérias, permitiu a construção de um texto que a seguir se dá conta (Anexo 12).

[20] As percentagens que se apresentam na Tabela correspondem aos participantes que se posicionaram nos níveis de concordância «concordo» (*score* 6) e «concordo completamente» (*score* 7).

3.4. Focos da prática: a representação do conhecimento

Ao longo do estudo foram emergindo algumas questões que urge responder: Será que os focos da prática apresentados estão consonantes com o conhecimento formal existente? Será que as definições circunscrevem, efectivamente, o conhecimento que os enfermeiros necessitam para a excelência do exercício profissional?

Estas questões foram o motor para a concretização deste estudo, mas não só, também deram o mote para a reflexão, a discussão e a exploração de conceitos que, a propósito da análise dos dados, fomos realizando. O texto que se segue, e em que procuramos relatar de forma não exaustiva o resultado desse exercício, resulta da tentativa de organizar os conhecimentos que validam, ou não, os conceitos da CIPE®. Apresentamos a análise de cada foco da prática *per si*, sistematizada de acordo com a sua relação com o parto que considerámos, para efeitos desta organização, como ponto de charneira - **pré-parto**, **intra-parto** e **pós-parto**. Desta análise emanam algumas sugestões de alteração à definição ou às características definidoras que decorrem ora da literatura, ora da sugestão dos peritos.

Assim, começamos por apresentar os focos que mereceram comentários por parte dos peritos e aqueles que nunca foram identificados em anteriores trabalhos realizados no âmbito da USINE (com a excepção do padrão de documentação da saúde infantil e saúde materna) (Tabela 16).

Portador: feto	Portador: recém-nascido	Portador: "mãe"	Portador: família
Função	**Função**	**Função**	Vinculação
Desenvolvimento fetal	Ingestão nutricional	Lactação	Ligação mãe-filho
Perfusão dos tecidos	Sucção	**Ingurgitamento mamário**	Amamentar
	Regurgitação	**Mastite da lactação**	Mamar
	Desenvolvimento infantil	**Contracção uterina***	
	Hipóxia	**Expulsão uterina**	
	Asfixiar	**Dor de trabalho de parto**	
	Hipotermia	**Dor sem trabalho de parto**	
	Susceptibilidade à infecção	**Abortar**	
	Eructação	**Trabalho de parto**	
	Fome	**Nascimento**	
	Cólica	Laceração	
		Maceração	
		Fadiga	
		Pessoa	
		Papel maternal	
		Papel paternal (Portador: "pai")	

Tabela 16 - Focos da prática explorados teoricamente

A partir dos resultados apresentados na Tabela 16, e atendendo à finalidade deste estudo, procurámos delimitar os focos que, mais do que específicos, são exclusivos no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Para isso, cruzámos os resultados por nós obtidos com os resultados dos trabalhos já mencionados mas, agora sim, incluindo o padrão de documentação de saúde infantil. A diferença[21] entre os nossos resultados e os resultados dos outros estudos permitiu identificar os focos específicos da saúde materna: *Ingurgitamento mamário*; *Mastite da lactação*; *Contracção uterina*; *Expulsão uterina*; *Dor de trabalho de parto*; *Dor sem trabalho de parto*; *Aborta;, Trabalho de parto; Nascimento*. Pelo seu contributo particular na representação da especificidade do conhecimento da enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia, estes focos darão corpo a capítulo próprio. Assim, não serão abordados neste sub-capítulo. Também, os focos da prática que emergem no **período pré-parto** estão incluídos na lista dos focos particulares, por isso, apenas serão abordados naquele capítulo.

3.4.1. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período intra-parto

Dos focos da prática considerados específicos nesta área de cuidados, emergem dois que ocorrem durante o período intra-parto (os restantes são considerados exclusivos e como tal somente serão abordados no próximo capítulo): *Perfusão dos tecidos,* que toma como portador o feto, e *Laceração*, que toma como portador a "mãe".

Perfusão dos tecidos

movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos (CIPE®, 2000).

Da análise dos comentários do painel, verificámos que uns referiam partes do conceito que não se aplicam ao portador, isto é, características definidoras não observáveis, e outros constituíam sugestões de características definidoras.

[21] Considerámos este conceito num significado próximo da teoria dos conjuntos em que a diferença de conjuntos, dados os conjuntos A e B, define-se como a diferença entre A e B (nesta ordem) ao conjunto representado por A-B, formado por todos os elementos pertencentes a A, mas que não pertencem a B.

Na opinião dos peritos são características não observáveis no feto "associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos". Estas observações parecem fazer sentido já que não se conseguem reconhecer tais características num ser em desenvolvimento intra-uterino. Estes comentários são, talvez, a justificação para a diferença no grau de concordância com a definição do foco da prática associado aos diferentes portadores. Quando associado ao recém-nascido e "mãe", a percentagem de participantes concordantes atinge os 88,2%, contudo quando associado ao feto fica-se pelos 76,4%. No entanto, os comentários não inviabilizam a definição da CIPE®, uma vez que podemos não necessitar de todas as características apresentadas na definição para identificar a situação, mas todas a características necessárias deverão estar incluídas, o que se verifica neste caso.

Os peritos parecem aceitar o conceito de *Perfusão dos tecidos* para nomear os aspectos que vulgarmente as enfermeiras designam, na sua prática, por «bem estar fetal». Esta condição está especialmente relacionada com o que ocorre durante o trabalho de parto. É sabido que durante o trabalho de parto o feto está sujeito, continuamente, a episódios intermitentes de diminuição da sua oxigenação, devidos à acção das contracções uterinas sobre o aporte de sangue ao espaço intervilositário (Graça [et al.], 2000). A maioria dos fetos têm reservas de oxigénio suficientes que lhes permite suportar estas variações fisiológicas da perfusão útero-placentária, sem que a sua PO_2 desça abaixo de determinado limiar. No entanto, situações como excessiva contractilidade uterina, compressão do cordão e posição materna em decúbito dorsal podem ser factores desencadeantes de diminuição da oxigenação do feto durante o trabalho de parto (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000). A resposta do feto a condições adversas, em particular à diminuição de oxigénio, é designada por "*sofrimento fetal*" (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000; Ellis & Beckmann, 1986), conceito este utilizado em oposição ao «bem estar fetal».

Quando esta questão foi colocada aos peritos, as opiniões foram tendencialmente concordantes, mas continuaram a insistir na inclusão, naquela definição, das características do «bem estar fetal». Porém, fica-nos a dúvida... será que esta discussão tem a ver com a clarificação da definição, isto é, o que se passa é resultado de



designações diferentes para a mesma realidade ou pequenos desajustes entre os dois conceitos (com a inclusão de outras características definidoras) ou, estaremos, eventualmente, perante dois focos da prática distintos?

De facto, o aspecto de saúde preocupante em causa é o aporte de oxigénio à circulação fetal. A circulação fetal tem particularidades únicas: o sangue oxigenado provém da placenta sendo transportado até ao organismo fetal pela veia umbilical. Assim, qualquer perturbação da circulação ao nível placentar influencia o movimento do sangue através dos tecidos periféricos e, consequentemente, o fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular fetal. Esta consideração constitui um argumento favorável à identificação deste aspecto da realidade como perfusão dos tecidos.

No seu percurso pelo organismo do feto, o sangue cede oxigénio e recebe dióxido de carbono. Este componente é eliminado através do sangue que torna à placenta pelas artérias umbilicais. Quando a perfusão placentária está diminuída, fica afectada a capacidade de trocas de gases entre os compartimentos materno e fetal, o que condiciona, por um lado, o aporte de oxigénio e, por outro, a eliminação de dióxido de carbono com consequente diminuição do PH - acidose respiratória (Graça [et al.], 2000). Este processo, centrado nas trocas de oxigénio e de dióxido de carbono, parece apontar para aspectos de saúde do domínio da respiração. De facto, na bibliografia consultada, esta realidade é descrita em termos de «hipóxia» e «asfixia» fetais. Neste contexto, a hipóxia é entendida como baixo teor de oxigénio no sangue ou nos tecidos, podendo, nestes casos, ser consequência da interrupção da circulação (Rey, 1999), e a asfixia como o estado de hipoxemia associado à acidose dela resultante (Graça [et al.], 2002).

Instala-se a dúvida - esta realidade aponta para o domínio da circulação, ou da respiração? Ou para ambos? Ou para nenhum? Não será este um dos casos particulares, ainda não contemplados na CIPE®? De facto, a especificidade da unidade materno-fetal é inegável. Para sobreviver, crescer e amadurecer, o feto necessita de obter da mãe o oxigénio e os nutrientes e de eliminar o dióxido de carbono. Por outro lado, as vicissitudes por que passa a mãe vão influenciar o feto, condicionando o seu crescimento e desenvolvimento. Assim, por um lado, o aumento da massa depende

exclusivamente da capacidade do organismo materno disponibilizar os nutrientes e o oxigénio necessários e da capacidade da placenta para os transferir, e, por outro, a mudança progressiva da estrutura e função dos órgãos fetais depende, indirectamente, do suprimento fetal em nutrientes e oxigénio (Graça [et al.], 2000).

Este enquadramento parece representar um argumento interessante para explorar a pertinência de um novo foco da prática - «bem estar fetal».

Durante o trabalho de parto, este aspecto de saúde afigura-se como uma área de atenção particularmente relevante para as enfermeiras. Conforme referem Lowdermilk *et al.* (2002:337), é responsabilidade da enfermeira "*avaliar continuamente se o padrão da frequência cardíaca fetal é tranquilizador, reflectindo a oxigenação fetal adequada*".

O «bem estar fetal» durante o trabalho de parto corresponde ao estado de "normalidade da oxigenação fetal" podendo ser avaliado através da resposta da frequência cardíaca fetal, por exemplo, às contracções uterinas (Graça [et al.], 2000). Quando existe diminuição do aporte de oxigénio, o feto acciona um mecanismo fisiológico orientado no sentido de reduzir o consumo de oxigénio e o de proteger, através de uma re-distribuição selectiva do fluxo sanguíneo, os órgãos vitais, como o cérebro, o coração e as supra-renais, em detrimento de outros órgãos, como o tubo digestivo, o fígado e o rim (Graça [et al.], 2000). No entanto, quando a situação se mantém, acaba por se verificar uma diminuição do aporte de oxigénio ao sistema nervoso central e miocárdio fetais, observando-se uma diminuição da frequência cardíaca. Esta diminuição de oxigénio ao nível do sistema nervoso, influencia a frequência cardíaca fetal por interferência nos impulsos simpáticos, que a aceleram, ou impulsos parassimpáticos, que a desaceleram.

Na opinião de alguns autores o «bem estar fetal» caracteriza-se por: (1) frequência cardíaca fetal basal estável entre os 110 e 150 ppm; (2) variabilidade normal (>5 ppm e < que 25 ppm); (3) ausência de desacelerações (numa fase mais avançada do trabalho de parto a presença de desacelerações precoces é considerada normal por estarem associadas à compressão da cabeça fetal durante a descida); e, (4) acelerações esporádicas (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000; Dickason [et al.], 1998). Segundo estes autores constituem indicações de compromisso na oxigenação fetal

padrões cardiotocográficos anómalos, nomeadamente: (1) frequência cardíaca fetal basal <100 ppm ou >180 ppm; (2) ausência de frequência cardíaca fetal; (3) variabilidade reduzida ou nula; (4) padrão sinusoidal; (5) desacelerações tardias e/ou variáveis graves; (6) bradicardia; (7) taquicardia.

Deste modo, tornam-se compreensíveis as sugestões de novas características definidoras apresentadas pelos peritos. As sugestões apresentadas centram-se na oxigenação fetal, já que, na sua opinião, quando a "*oxigenação está alterada pode ser sinal de sofrimento fetal*" e "*por compromisso na circulação útero-placentar a perfusão dos tecidos pode estar alterada*". Assim, foram sugeridas "*desacelerações*", "*bradicardia*" ou "*taquicardia*" como características que indicam que o bem estar fetal está alterado.

Face a estas circunstâncias o ***bem estar fetal*** parece emergir como um foco da prática, por isso voltaremos a este aspecto de saúde aquando da proposta de novos focos.

Laceração
rasgadura irregular, associada a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque (CIPE®, 2000).

As considerações discordantes expressas pelos peritos estão relacionadas com dois aspectos expressos na definição: "lesão intensa" e "chega a ameaçar a vida".

O desacordo com a característica "lesão intensa" é justificada por alguns peritos pelo facto de que "*nem sempre uma laceração é uma lesão intensa*", pois "*a laceração pode ser só superficial*", por exemplo, laceração de primeiro grau.

Mais uma vez se coloca a questão da valorização dos adjectivos que acompanham o substantivo. Neste caso a questão situa-se em torno da intensidade da lesão. Intensidade é definida por Torrinha (1999:832) como a "*qualidade do que é intenso*", isto é, "*que tem intensidade*". Daqui decorre que intenso parece ser um adjectivo pouco preciso para caracterizar a laceração.

As lacerações descritas pelas enfermeiras estão associadas à localização anatómica (períneo, vagina e colo do útero) e ao grau. As lacerações do períneo são classificadas em quatro graus de acordo com as estruturas envolvidas (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000; Bobak [et al.], 1999):

1º grau - a laceração estende-se desde a pele e as estruturas superficiais até aos músculos (fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal);

2º grau - a laceração estende-se através dos músculos perineais (as estruturas do 1.º grau, mais fáscia e músculos do diafragma uro-genital);

3º grau - *idem* mais esfíncter rectal;

4º grau - todas as estruturadas referidas no 2.º e 3.º graus, mais a mucosa rectal.

Estes diferentes graus permitem identificar a "intensidade" de modo mais rigoroso.

Assim, emerge a sugestão de adopção de uma classificação dos graus da laceração tal como acontece noutros focos da prática, como por exemplo em *Úlcera de pressão* (as características específicas deste foco distinguem diferentes graus - de úlcera de pressão de grau 1 a úlcera de pressão de grau 4, com as respectivas características definidoras).

3.4.2. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto

No período após o parto passámos a considerar a "mãe", o recém-nascido e família como portadores do fenómeno de enfermagem.

Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: recém-nascido

Assim, associados ao recém-nascido obtivemos um conjunto de onze focos da prática: *Hipóxia*, *Asfixiar*, *Hipotermia*, *Regurgitação*, *Susceptibilidade à infecção*, *Ingestão nutricional*, *Sucção*, *Eructação*, *Cólica*, *Fome* e *Desenvolvimento infantil*.

Hipóxia

redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental (CIPE®, 2000).

Alguns peritos referiram que as características "tonturas" e "confusão mental" não são observáveis no recém-nascido. Observação pacífica, que não colide com a definição da CIPE®. De facto, dados eminentemente subjectivos, como os acima referidos, não são compatíveis com o estadio de desenvolvimento de um recém-nascido. Porém, como as

definições da CIPE® não estão dirigidas para nenhuma etapa do ciclo de vida, não se descortina, por este lado, qualquer incorrecção no seu conteúdo.

A sugestão de "*hipotonia*", "*gemido*" e "*vitalidade diminuída*" como características definidoras de hipóxia poderá ter cabimento e, de alguma modo, compensar a inexistência dos dados subjectivos atrás referidos. Contudo, persistem algumas interrogações. Estas características devem ser, ou não, incluídas na definição, para que esta cumpra o critério da inclusibilidade? Serão estes atributos caracterizadores do processo corporal não intencional (*Função*) que refere o processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões (*Respiração*), nomeadamente a troca alveolar de oxigénio e dióxido de carbono (*Trocas gasosas*), com redução da tensão de oxigénio celular (CIPE®, 2000)?

O tónus muscular constitui um parâmetro de avaliação da adaptação à vida extra-uterina, sendo, inclusive, um dos parâmetros do índice de Apgar. A hipotonia é entendida como condição do tónus muscular diminuído (Dicionário de Medicina, 2002) frequentemente associado a hipóxia cerebral, o que se reflecte na vitalidade do recém-nascido. Wong, a este propósito, refere que a hipotonia "*sugere algum grau de hipóxia*"(1999:168). No entanto, este dado parece constituir uma característica demasiado inespecífica para constituir uma característica definidora do foco da prática *Hipóxia*.

Também o gemido parece constituir-se como um dado pouco específico para ser indicado como característica definidora deste foco da prática. O gemido corresponde ao som emitido pelo recém-nascido quando respira com dificuldade, normalmente associado aos movimentos expiratórios (Lowdermilk [et al.], 2002). Após o nascimento, as necessidades de energia para a manutenção da temperatura, da respiração e da actividade muscular estão a cargo das reservas de glicogénio que, durante a gravidez, foi sendo armazenado no fígado, miocárdio e músculos. Quando, por qualquer motivo, o aporte de oxigénio está comprometido (por exemplo devido a dificuldade respiratória) pode ocorrer gemido.

A caracterização da *vitalidade* resulta de uma apreciação do estado geral do recém-nascido. É entendida como manifestação de saúde, actividade ou vigor (Dicionário da

Língua Portuguesa Contemporânea, 2001). Assim, e pela descrição feita anteriormente, a característica "*vitalidade diminuída*" pode, de facto, traduzir uma situação de hipóxia no recém-nascido. À semelhança das características anteriores, também a "vitalidade" constitui uma apreciação do recém-nascido mas que é, habitualmente, entendido mais como sinal de alerta do que característica definidora que permite o diagnóstico diferencial.

Efectivamente, estas três características (gemido, hipotonia e vitalidade) constituem dados de alerta para o estado de saúde do recém-nascido mas que por si só não permitem o diagnóstico.

Um caso interessante é a sugestão de "*extremidades frias*" como característica definidora. Apesar da presença de extremidades frias parecer encontrar sustentação na fisiologia da vasoconstrição periférica, é considerada uma característica normal no recém-nascido (Lowdermilk [et al.], 2002). Aliás, Bobak *et al.* (1999) referem, ainda, que as extremidades frias são frequentemente associadas a cianose das extremidades (acrocianose), em particular durante as primeiras 48 horas, uma característica normal no recém-nascido. Segundo Lowdermilk *et al.* (2002), essa condição é provocada pela instabilidade vasomotora e pela circulação periférica deficiente. Assim, as extremidades frias constituem uma característica fisiológica do recém-nascido, não parecendo sustentável a noção de constituir uma característica definidora deste foco da prática.

Asfixiar

interferência com a entrada do ar nos pulmões, cessação da respiração e sufocação (CIPE®, 2000).

Em relação a este foco da prática foram sugeridas novas características definidoras, nomeadamente "associado a cianose da pele" e a revisão do termo ("asfixiar") que designa este foco da prática.

A *cianose* parece constituir um dado relevante para o processo diagnóstico de asfixiar quando o portador é o recém-nascido. Esta sugestão está conforme a opinião de Bobak *et al.* (1999) que consideram a cianose, coloração azulada dos tegumentos, indicador de oxigenação alterada.

Graça *et al.* acrescentam, ainda, que, apesar do índice de Apgar permanecer "*um indicador fidedigno de asfixia*" (2000:415) neonatal, a cianose não parece ser uma característica desprezível no processo diagnóstico de asfixia, sobretudo quando nos situamos nos primeiros momentos de vida da criança.

Asfixiar foi o termo escolhido na tradução da versão inglesa para a versão portuguesa da CIPE®. No entanto, na versão em inglês, o termo que designa este foco da prática é «Suffocation» e não «Asphyxia», ou seja, a tradução mais próxima seria *sufocação/sufocar*. Se este fosse o termo escolhido para designar este foco da prática na versão portuguesa, talvez não se verificasse a dúvida associada à definição. Por isso, teria todo o cabimento sugerir a substituição do termo *Asfixiar* por *Sufocar*, na versão portuguesa.

Hipotermia

diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas (CIPE®, 2000).

Um perito referiu que, no recém-nascido, não é observável a "*introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas*". Esta opinião encontra alguma justificação já que seria de todo inverosímil que provocasse *Hipotermia*, no recém-nascido, por razões terapêuticas. O risco de hipotermia é uma situação que preocupa muito as enfermeiras durante o processo de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. De facto, conforme referem Lowdermilk *et al.* (2002), a regulação de calor é o segundo aspecto relevante para a adaptação à vida extra-uterina.

Alguns peritos sugeriram, novamente, a inclusão de "*hipotonia*" e "*gemido*" como características definidoras relevantes, agora, para o processo diagnóstico de *Hipotermia*.

Efectivamente, o *gemido* pode constituir um sinal de que o recém-nascido está a recorrer a mecanismos respiratórios compensatórios para manter o aporte de oxigénio - aumentando a frequência respiratória, devido ao aumento da necessidade. A produção de calor por parte do recém-nascido é exclusivamente química, o que aumenta as necessidades de oxigénio e o consumo de reservas, principalmente da gordura *marron*.

Por outro lado, o consumo excessivo da massa lipídica e energia pode condicionar, conforme referem Lowdermilk *et al.* (2002), a actividade motora espontânea manifestada por *hipotonia*. Bobak *et al.* (1999) acrescentam, ainda, que o consumo de oxigénio e de energia, no recém-nascido exposto ao frio, na tentativa de compensar a perda de calor, deixam de privilegiar a manutenção do funcionamento das células cerebrais e cardíacas.

Efectivamente, estas duas características parecem assumir-se como sinais de alerta importantes, mas inespecíficos, de alteração no estado geral do recém-nascido. Por isso, a sua inclusão na definição da CIPE® pode não constituir uma mais valia.

Regurgitação

refluxo ou retorno dos alimentos deglutidos para a boca, incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago para as vias aéreas, acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas (CIPE®, 2000).

A parte da definição que refere "*acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas*" foi alvo de desacordo por parte de algumas enfermeiras do painel. Esta opinião encontra justificação, segundo os peritos, no facto de que a regurgitação tem a ver com o retorno de alimentos à boca mas não implica, necessariamente, a inalação de alimentos digeridos para as vias aéreas. Esta noção é concordante com a opinião defendida por alguns autores, nomeadamente Coutinho (1977), que define regurgitação como o regresso à boca de alimentos já deglutidos e presentes no esófago ou estômago. Este é, também, o conceito apresentado no Dicionário de Medicina (2002), que refere regurgitação como o refluxo de pequenas quantidades de alimentos não digeridos, comum nas crianças representando escasso significado clínico.

Regurgitação é definida pelo Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea (2001) como expulsão, ou o fluxo, de uma substância em direcção contrária à normal. Por seu turno, Wong (1999) define regurgitar como o alimento não digerido que, desde o estômago, regressa à boca.

Todavia, no recém-nascido, esta é uma situação considerada dentro dos padrões fisiológicos normais do desenvolvimento. Esta situação está relacionada com algumas particularidades do recém-nascido, nomeadamente, existirem ondas peristálticas e

antiperistálticas simultâneas ao longo do esófago. A existência destas ondas, associadas à imaturidade do esfíncter cárdia, fazem com que a regurgitação seja uma ocorrência habitual neste estadio de desenvolvimento, facilmente evitável se a criança eructar e se for posicionada em decúbito lateral direito, depois de alimentada.

No entanto, levantam-se algumas questões. Por um lado, a referência às "vias aéreas" na definição de *Regurgitação* apresentada carece de especificação. De facto, está omisso se se tratam das vias aéreas superiores ou das vias aéreas inferiores.

No entanto, permanece a questão de que vias aéreas esta definição inclui. De facto, outro aspecto que parece relevante para esta discussão é o facto de existir, noutro domínio da CIPE® - *Respiração* - um foco da prática (*Aspiração*) que se caracteriza especificamente por "*inalação de substâncias provenientes do exterior, ou do estômago, para as vias aéreas inferiores"* (CIPE®, 2000:22). Neste foco da prática, em particular, está expresso quais as vias aéreas implicadas - as vias aéreas inferiores.

Por curiosidade, fomos verificar qual era a posição de *Regurgitação* na versão *alfa* da CIPE®, e não ficamos, de todo, surpreendidas com o que encontramos: o foco da prática *Regurgitação* estava classificado como um tipo de *Aspiração*, no domínio da *Respiração*.

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a redundância aparente da noção de "*incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago*" em relação à parte inicial da definição ("*refluxo ou retorno dos alimentos deglutidos para a boca*"), que pode, no entanto, conferir maior rigor ao processo diagnóstico do foco na medida que o torna mais preciso.

Pelo exposto, admitimos como possível ponderar duas possíveis propostas de alteração.

Proposta de alteração a ponderar:

- acrescentar à definição "*incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago para as vias aéreas* superiores".

- retirar da definição *"acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas*".

Susceptibilidade à infecção

perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene (CIPE®, 2000).

Em relação ao foco *Susceptibilidade à infecção* no recém-nascido, foram apresentadas algumas sugestões de características definidoras e de alterações à definição.

A proposta de alteração da definição tem a ver com a "*perda da capacidade normal*". Na opinião de um perito do painel, nos recém-nascidos não faz sentido falar de perder uma capacidade quando "*devido ao seu estadio de desenvolvimento, ele ainda não a desenvolveu (pela imaturidade) e, por isso, torna-se mais susceptível à infecção*". No entanto, Wong (1999) refere que o recém-nascido nasce com diversas defesas contra a infecção. A pele e as mucosas constituem a defesa de primeira linha, os elementos celulares do sistema imunitário constituem a segunda, e a formação de anticorpos a terceira.

Porém, esta autora acrescenta ainda que embora os fagócitos estejam presentes, a resposta inflamatória é imatura; e que os recém-nascidos não possuem capacidade de produzir as suas próprias imunoglobulinas, as quais recebem, passivamente, a partir do leite materno (Lowdermilk [et al.], 2002; Wong, 1999).

Acresce, ainda, o facto de estarem ausentes as barreiras naturais, como, por exemplo, a acidez do estômago, só desenvolvidas a partir da terceira/quarta semana de vida, e a imunoglobulina A (IgA) durante os primeiros meses de vida (Lowdermilk [et al.], 2002). De facto, a maior ou menor susceptibilidade à infecção por parte do recém-nascido depende das suas condições intrínsecas (idade gestacional, peso, coto umbilical, etc.), muitas vezes influenciadas por factores externos (rotura de membranas, trabalho de parto prolongado, manipulação excessiva durante o trabalho de parto, anticorpos maternos, etc.) (Lowdermilk [et al.], 2002; Bobak [et al.], 1999). Na opinião de Rezende (1995), a ideia de incapacidade imunológica do recém-nascido deve ser substituída pela capacidade quantitativa e qualitativamente diferente da de outras idades, decorrente, talvez, mais da inexperiência do que da incompetência da resposta imunitária (Rezende, 1995). Assim, o recém-nascido constitui "*presa fácil de muitos agentes infecciosos*" (Rezende, 1995:1274), inclusive germes saprófitos para outros indivíduos, pois

apresenta capacidade limitada para localizar os processos inflamatórios e dispõe de mecanismos de defesa que diferem dos existentes noutras faixas etárias. Este autor refere como sinais de infecção, no recém-nascido, a recusa alimentar, sucção débil, choro fraco, letargia e irritabilidade (Rezende, 1995).

Assim, sentimo-nos inclinadas a concordar com a enfermeira quando refere que o recém-nascido não perdeu a sua capacidade de resistência necessária para evitar a infecção porque nunca a teve. De facto, parece-nos que a definição não contempla esta particularidade (sistema de defesa ainda imaturo) do recém-nascido.

No entanto, as sugestões propostas ("*perda de peso*", "*baixo peso*", "*prematuridade*") pelos peritos parecem constituir, mais do que características definidoras, factores de risco para a identificação deste diagnóstico de enfermagem.

Ingestão nutricional

processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantêm a vida (CIPE®, 2000).

A definição deste foco da prática não encontrou desacordo entre os peritos. É pacífico que um dos focos da prática das enfermeiras é o suprimento de nutrientes essenciais para a manutenção vital do recém-nascido (Bobak [et al.], 1999). A nutrição do recém-nascido tem algumas particularidades mas que em nada contrariam a definição apresentada pela CIPE®. De facto, a acção de introduzir no estômago, através da boca, alimentos (ingestão) para garantir o conjunto de processos ligados às transformações dos alimentos no organismo que asseguram a formação e manutenção de cada ser vivo (nutrição) é também fundamental no recém-nascido.

De facto, os alimentos funcionam como a matéria prima usada para construir e reparar os tecidos, para regular os processos orgânicos e para fornecer calor e energia (Opperman & Cassandra, 2001). Houve uma enfermeira pertencente ao painel de peritos que referiu que o leite "*é o principal nutriente do recém-nascido*". O leite constitui o nutriente exclusivo do recém-nascido, que proporciona alimentação e afecta os processos nutritivos e metabólicos do organismo (Dicionário Médico, 2002). A capacidade do recém-nascido digerir, absorver e metabolizar os nutrientes é adequada, mas limitada em certas funções (Wong, 1999). De acordo com esta autora, as enzimas

que o recém-nascido dispõe ao nascer são adequadas para metabolizar proteínas e carbohidratos simples como os que existem no leite materno ou no leite artificial.

No recém-nascido, a qualidade e a quantidade dos nutrientes está dependente das características do leite (materno ou artificial). De facto, a alimentação da criança até aos quatro/seis meses é exclusivamente láctea. O leite materno continua a constituir a plataforma de produção de leites artificiais; por isso, tanto o leite materno como as fórmulas lácteas (leite artificial) são suficientes e adequados para satisfazer as necessidades nutricionais do lactente, durante esse período (Raffensperger, 2002). Acresce, ainda, que para além das vantagens nutricionais, estão associados como benefícios exclusivos do aleitamento materno a presença de Imunoglobulina A e a promoção particular do vínculo mãe-filho. Por isso, esta área de atenção está, frequentemente, associada ao foco da prática *Amamentar*, que discutiremos mais adiante.

Raffensperger (2002) apresenta como dados relevantes para a avaliação da eficácia da *Ingestão nutricional*: aumento constante do peso e estatura, padrões regulares de sono, eliminação fisiológica adequada, actividade vigorosa e quantidade moderada de gordura subcutânea.

O ***aleitamento*** poderia, eventualmente, ser entendido como um tipo particular de ingestão nutricional que designa o processo de suprimento do nutriente essencial (leite materno ou artificial) do recém-nascido. Este conceito (aleitamento) parece ser relevante para a prática das enfermeiras, que o referem amiúde para descrever e caracterizar o acto de nutrir o recém-nascido.

Sucção

ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão (CIPE®, 2000).

A definição do foco da prática *Sucção* conseguiu reunir o consenso entre as enfermeiras do painel (94,1%). Não obstante, foi apresentada uma proposta de alteração à definição. Um dos peritos discordou com a parte da definição "*ingestão de líquidos*". Na opinião desta enfermeira "*o mamar na chupeta é uma forma de sucção que não envolve ingestão de líquidos*". Esta opinião pode dever-se ao facto de os enfermeiros se terem

centrado no termo sucção e no conceito que na prática lhe está geralmente associado e que está mais próximo do de *reflexo de sucção* e, não tanto, do conceito proposto pela própria CIPE®. Talvez por isso a observação da enfermeira referindo que nem sempre o «mamar»[22] está associado à ingestão de líquidos, pois, o "*mamar na chupeta ...não envolve ingestão de líquidos*", tal como observou uma das enfermeiras do painel. Como podemos verificar, é, também, frequente as enfermeiras designarem o processo de o recém-nascido sugar, por *mamar*. A utilização, na prática, pelas enfermeiras, do termo sucção associado ao conceito de reflexo de sucção, permite perceber a justificação - "*mamar na chupeta*", dada pela enfermeira ao discordar com aquela parte da definição.

A sucção, no recém-nascido, constitui um reflexo básico essencial para a sua sobrevivência, caracterizado por a criança abrir a boca e começar a succionar (Raffensperger, 2002). Definida no Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea como a "*acção de absorver, de chupar um líquido introduzindo-o na boca em consequência do vácuo criado*" (2001:3474) parece ser sinónimo de sugar (extrair o líquido contido em alguma coisa, chupando).

No entanto, frequentemente este conceito - sucção - é confundido com o conceito de reflexo de sucção, que se desenvolve a partir da 34.ª semana de gestação. Ao nascer, a criança apresenta este reflexo que lhe permite, por um lado, alimentar-se (ingestão de leite) e, por outro, constitui uma actividade que lhe confere prazer, pois "*sugar é o maior prazer do recém-nascido*" (Lowdermilk [et al.], 2002:551). De facto, a sucção não nutritiva está relacionada com o treino da sucção (praticar a coordenação da sucção-deglutição-respiração), na chupeta ou no dedo, por exemplo. Esta é uma actividade considerada importante para estimular o reflexo de sucção, para consolar e acalmar o recém-nascido (Carpenito, 1997), em particular, quando a necessidade de sugar não é satisfeita apenas através da alimentação. Todavia, o reflexo de sucção, entendido como sugar automaticamente alguma coisa que toca no palato, isto é, movimento involuntário de sugar por estímulo perioral, como por exemplo no dedo, na chupeta, biberão, mamilo, etc., é substancialmente diferente da produção de uma pressão negativa na boca para extrair um líquido. No mesmo sentido o Dicionário Oceano Mosby (2002)

[22] Este termo será alvo de análise quando se abordar o foco *Mamar*.

considera a sucção como a ingestão de líquidos pela criação de vácuo através dos movimentos da língua e lábios.

A sucção do leite da mama implica a compressão do mamilo e da aréola entre a língua e o palato; a boca tem que estar suficientemente aberta e a língua colocada no fundo da boca ao nível do lábio inferior. A boca deve cobrir o mamilo assim como mais de dois centímetros de aréola. Esta quantidade de tecido mamário necessita estar dentro da boca da criança de modo a que os sinusóides lactíferos possam ser comprimidos e consequentemente estimular o processo de lactação (Lowdermilk [et al.], 2002). Quando a criança suga deste modo, a sucção de leite da mama é efectiva. São considerados sinais de *Sucção* eficaz («boa pega»): (1) o queixo da criança tocar na mama; (2) boca bem aberta; (3) lábio inferior voltado para fora; (4) bochechas redondas ou achatados contra a mama; (5) mais aréola acima da boca do bebé do que abaixo; e, (6) mama arredondada durante a mamada. O sugar lenta e profundamente com deglutição audível - «gut-gut» (ou visível) são também considerados sinais de sucção eficaz. De facto, no início, a criança suga com mais vigor para activar na mãe o reflexo de descida do leite e quando o leite começa a fluir e a boca se enche de leite, a sucção torna-se mais lenta e profunda. No entanto, quando se escutam ruídos secos, oriundos da boca durante o sugar, é sinal de que a «pega» não está correcta.

Assim, parece que as enfermeiras usam tanto o termo *mamar* ("*mama bem*", "*mama mal*") com significado idêntico ao de *reflexo de sucção* ("*razoáveis reflexos de sucção*"), como para designar o sugar da criança para se alimentar. Por isso, parece-nos que a dificuldade associada a este foco da prática não reside tanto na sua definição mas, antes, na a escolha do termo para o designar, isto é, ao utilizar termos "antigos" para querer dizer "novos conceitos" podem gerar-se confusões deste tipo.

Acresce ainda o facto de a descrição da *Sucção* eficaz parece estar incluída na definição do foco da prática *Mamar* - "*da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua*" (CIPE®, 2000:71). Será então que *sucção eficaz* constitui uma característica definidora do conceito *Mamar*? Voltaremos a esta discussão, mais adiante, quando abordarmos o foco da prática *Mamar*.

Eructação

trazer de volta à boca pequenas porções de alimentos processados, líquidos ou ar (CIPE®, 2000).

A definição de eructação apresentada pela CIPE® desencadeou, por parte de alguns peritos, propostas de alterações à definição. As enfermeiras manifestaram desacordo com a parte da definição que refere "*alimentos processados*". Na opinião explicitada pelas enfermeiras: "*eructação envolve só ar*".

Os autores consultados são unânimes em considerar eructação como a expulsão de ar do estômago, com um som característico (Dicionário Médico, 2002; Rey, 1999; Thomson, 1977). Thomson (1977) acrescenta, ainda, que quando se trata de pedaços de alimentos meio digeridos se deve empregar a palavra regurgitação.

Por isso, quando nos centramos no foco da prática *Eructação*, a sugestão apresentada pelos peritos faz todo o sentido.

Proposta de alteração a ponderar:

- retirar da definição "*pequenas porções de alimentos processados, líquido ou*".

Cólica

sensação de dor com origem num espasmo dos músculos lisos em órgãos ocos, como o intestino, rim ou vias biliares; esta sensação é habitualmente referida como contracções recorrentes tipo cãibra, como uma sensação de compressão, dilaceração ou tormento (CIPE®, 2000).

A definição de cólica gerou alguns comentários por parte das enfermeiras do painel de peritos, uns que referiam partes do conceito que não se aplicam ao portador (características definidoras não observáveis) e, outros, que referiam sugestões de características definidoras.

A definição remete para o domínio do processo corporal não intencional (*Função*) correspondente a um sentimento subjectivo do estado ou condição do corpo (*Sensação*), em particular ao aumento da percepção sensorial de partes do corpo, habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso (*Dor*), especificamente a sensação de dor com origem nos revestimentos que recobrem os órgãos (*Dor visceral*). Em concreto a sensação de dor com origem num espasmo dos músculos lisos em órgãos

ocos como o intestino, rim ou vias biliares (CIPE®, 2000). Este aspecto da realidade parece estar associado ao domínio do sofrimento subjectivo difícil de avaliar no recém-nascido, dado o seu estadio de desenvolvimento. Por isso, as enfermeiras referem desacordo com a parte da definição que aponta para "esta sensação é habitualmente referida como contracções recorrentes tipo cãibra, como uma sensação de compressão, dilaceração ou tormento" ou "esta sensação...". De facto, como nos indica Wong (1999), a avaliação da dor no recém-nascido é difícil porque os instrumentos de avaliação e as respostas verbais não existem. Por isso, o diagnóstico de dor tem de ser realizado com base em alterações fisiológicas e comportamentais. Esta ideia vai ao encontro das sugestões de características definidoras expressas pelas enfermeiras. Foram sugeridas como características definidoras o "*choro intenso*", "*movimentos do corpo*", "*flectir as pernas*", "*abdómen distendido e não depressível*".

Em relação à possibilidade do "choro intenso" constituir uma característica definidora deste foco da prática, Wong (1999:211) responde afirmativamente a esta questão ao referir que "*o choro associado com dor é mais intenso e persistente*". Relativamente a "movimentos do corpo" e "flectir as pernas", novamente Wong (1999), refere que muitos recém-nascidos reagem ao estímulo da dor com aumento dos movimentos do corpo, acrescentando que o recém-nascido pode, no entanto, sentir dor e permanecer quieto, com os olhos fechados. Em relação a "abdómen distendido e não depressível", este parece constituir um sinal de acumulação de gases ao nível intestinal o que, até no adulto, provoca dor. Assim, os atributos sugeridos pelas enfermeiras parecem representar características definidoras da cólica do recém-nascido e, como tal, seria interessante a sua inclusão na definição.

Proposta de alteração a ponderar:

- incluir na definição as características definidoras "*choro intenso*", "*movimentos do corpo*", "*flectir as pernas*", e "*abdómen distendido e não depressível*"

Fome

sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida (CIPE®, 2000).

Os peritos, em relação à definição de *Fome*, e à semelhança de outros focos que referem o recém-nascido como portador, indicam partes do conceito que não se aplicam ao portador (características definidoras não observáveis) e apresentam sugestões de novas características definidoras.

As sugestões relativas à definição do foco da prática remetem para características não observáveis no recém-nascido, em particular quando refere "sensação". Esta designação recolhe alguma discordância por parte das enfermeiras do painel. Na sua opinião na definição de *Fome* as partes "*sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto*" e "*situação de exaustão*" não fazem sentido face ao estadio de desenvolvimento do recém-nascido.

Assim, na tentativa de colmatar a dificuldade de identificar tal foco da prática, quando o recém-nascido é o portador, as enfermeiras propuseram mais algumas características definidoras, nomeadamente "*manifestação de desconforto e choro*" e "*agitação, procura do mamilo lateralizando a cabeça quando encostado à pessoa*".

Wong (1999) certifica que o choro e a inquietação demonstram o grau de fome do recém-nascido. No mesmo sentido, Lowdermilk *et al.* (2002) afirmam que quando o recém-nascido tem fome, geralmente, chora vigorosamente até que as suas necessidades sejam saciadas. Estas autoras acrescentam ainda que são consideradas manifestações iniciais de fome: movimento da mão para a boca, movimentos de sucção, movimentos de rotação e abocanhar.

Como as concepções apresentadas por estas autoras sustentam as características definidoras sugeridas pelas enfermeiras, seria interessante a proposta da sua inclusão daquelas manifestações de fome no recém-nascido como características definidoras na definição que a CIPE® apresenta.

Proposta de alteração a ponderar:

- incluir na definição as características definidoras "*movimento da mão para a boca*", "*movimentos de sucção*", e "*movimentos de rotação e abocanhar.*

Desenvolvimento infantil

processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estadios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta (CIPE®, 2000).

O ser humano é um sistema aberto influenciado tanto por forças internas como por forças ambientais que condicionam o seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Estes processos, ordenados, previsíveis e interdependentes ocorrem desde a concepção até à morte (Perry & Potter, 1998; Potter & Perry, 2001). Efectivamente, cada indivíduo evolui no sentido de etapas definidas, mas possuindo um padrão previsível e sequencial individual, isto é, de acordo com uma curva padrão de crescimento e desenvolvimento.

O crescimento é definido por Opperman & Cassandra (2001) como o processo de aumento físico (altura e peso) e de mudanças nas estruturas do corpo que, numa sequência ordenada, decorrem desde a concepção. O desenvolvimento corresponde à capacidade para a função que acompanha o crescimento, referindo aspectos qualitativos da adaptação progressiva de cada indivíduo ao ambiente (Perry & Potter, 1998; Potter & Perry, 2001).

Em relação ao foco da prática desenvolvimento infantil foi levantada uma dúvida por parte de uma enfermeira do painel de peritos- "*este desenvolvimento físico refere-se só ao estato-ponderal? E o psico-motor*?". A definição de desenvolvimento infantil apresentado pelo Dicionário de Medicina (2002) corrobora a definição da CIPE®, referindo que este corresponde ao conjunto de fases do crescimento físico, social e psicológico da criança desde o nascimento até à vida adulta.

Bolander (1998) refere quatro manifestações de desenvolvimento da criança no período neonatal, sendo elas: (1) adaptar-se fisiologicamente à vida extra-uterina; (2) esforçar-se pela satisfação das suas necessidades; (3) desenvolver estratégias para lidar com os estímulos ambientais; e, (4) formar vínculos com os cuidadores, através dos quais a criança constrói um sentido de confiança no mundo.

De facto, quando nos referimos ao recém-nascido, temos que ter em conta que o parto constitui um momento crítico para o feto, já que depois de uma vida de total dependência da mãe, necessita agora de adaptar-se, tanto internamente como

internamente, ao ambiente que o rodeia (Berkow, 2000). Neste período, a assistência dos profissionais da saúde visa garantir o potencial de crescimento e de desenvolvimento de cada criança. Esta optimização do crescimento e do desenvolvimento é demonstrada pela oxigenação adequada; pela manutenção da temperatura corporal estável; pela ausência de indícios de infecção hospitalar; pela hidratação e nutrição adequadas; pela integridade da pele; pela ausência de dor; e, interacção com a família (Wong, 1999).

Em relação aos lactentes, são considerados parâmetros de avaliação do desenvolvimento: *físico* - medidas de crescimento, regulação da temperatura, olhos e visão, reflexos, padrões de sono, padrões de alimentação e eliminação, fontanelas e sinais vitais; *cognitivo* - estado de alerta; *psicossocial* - interacção criança-cuidador e comunicação das necessidades (Bolander, 1998). A apreciação destes parâmetros é feita através da comparação com os valores de referência descritos habitualmente em escalas (ex. percentis) e tabelas (ex. competências motoras de acordo com a idade).

O conceito que a classificação apresenta engloba os processos corporais de crescimento e de desenvolvimento, ao longo de um período de vida específico. Neste caso, refere-se ao período infantil, isto é, do nascimento até aos 18 anos (idade adulta).

Como se verifica, a definição de *Desenvolvimento infantil* que a CIPE® apresenta engloba ambas as dimensões referidas pela perita, pelo que as questões suscitadas parecem ultrapassadas.

Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: "mãe" e pai

Associados à mãe identificámos sete, três dos quais exclusivos, por isso, considerámos específicos os focos da prática: *Maceração*, *Fadiga* e *Papel maternal*. Aqui, emerge, também, um foco associado ao pai - *Papel paternal*.

Lactação

processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes (CIPE®, 2000).

A lactação é um fenómeno complexo que engloba tanto os mecanismos de adaptação fisiológica da mama, como a acção hormonal (Andrade, 2000). A dequitadura constitui o momento em que se inicia o processo de lactogénese. Quando ocorre a dequitadura, ocorre uma diminuição abrupta dos níveis circulantes de estrogénios, progesterona e prolactina. Assim, nessa altura apesar de existir uma diminuição da prolactina, a sua acção passa a ser eficaz para desencadear a síntese e secreção láctea pelas glândulas mamárias (Andrade, 2000). A produção de leite nas mamas depende essencialmente da acção provocada pela hormona prolactina, libertada pela hipófise anterior sob influência do hipotálamo. A sucção da criança no mamilo e aréola actua sobre a glândula mamária estimulando a libertação de prolactina e desencadeando o reflexo de libertação de leite.

A este propósito, Rezende (1995) refere que a manutenção da secreção láctea depende de um mecanismo reflexo tendo como ponto de partida a sucção na mama pela criança, que promove a secreção das hormonas da lactação - prolactina e ocitocina. Acrescenta, ainda o mesmo autor, que depois de instalada a lactação, o seu processamento mantém-se através do automatismo mamário. Por ser um processo lento, a produção sucede no intervalo das mamadas, ficando o leite armazenado até ao próximo esvaziamento (Rezende, 1995).

A secreção mamária inicial designa-se por colostro - alimento mais rico em proteínas e sais minerais, mas mais pobre em açucares e lípidos do que o leite propriamente dito (que surge durante a primeira semana pós-parto).

Na definição descrevem-se as características do leite humano. No entanto, a sua referência parece, face ao exposto anteriormente, ser irrelevante para o processo diagnóstico deste foco da prática. De facto, o processo de síntese e libertação do leite é apreciado, directamente, pela quantidade de leite que é libertado e o estado da mama (tensa ou mole) e, indirectamente pelo aumento de peso da criança, do que pelas características. Esta noção justifica a sugestão de proposta de alteração.

Proposta de alteração a ponderar:

- retirar da definição a parte que refere as características do leite materno ("*o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes*").

Maceração

abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada (CIPE®, 2000).

A definição do foco da prática maceração originou uma proposta de alteração. Na opinião de uma enfermeira, "*a maceração pode surgir em tecidos mais profundos e não apenas na superfície corporal*". Em relação a esta sugestão de alteração, convém recordar que a definição da CIPE® refere "tecido de revestimento da superfície do corpo". Esta noção sugere «superfície» como sinónimo de área, e não de profundidade. Admitimos que a interpretação dada pela enfermeira a "superfície" tenha sido próxima do conceito de «superficial» e, por isso, o comentário.

Neste contexto, e porque a definição da CIPE® não contraria o sentido da sugestão, uma vez que não impõe qualquer critério de profundidade, não se descortina a necessidade de propor qualquer alteração à definição.

Outra observação emitida pelos peritos está relacionada com o termo "abrasão". Na opinião de algumas enfermeiras, este termo não é muito utilizado na prática. Averiguando o significado da palavra constatámos que a*brasão* constitui um substantivo feminino, que designa, segundo Torrinha, o "*desgaste produzido por atrito*" (1999:9). Rey acrescenta ainda que abrasão corresponde a "*raspagem superficial da pele ou das mucosas*" (1999:3).

Apesar deste termo não estar presente na definição apresentada por vários autores de maceração (Rey, 1999; Dicionário Médico, 2002), em nada parece contrariar o efeito produzido pela exposição prolongada à humidade. Assim, parece-nos que as sugestões das enfermeiras não interferem na definição de *Maceração* proposta pela CIPE®.

Fadiga

diminuição da força ou resistência, sensação de lassidão, de fadiga, bocejo frequente, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado, diminuição da capacidade dos tecidos para responderem a estímulos que provocam normalmente a contracção muscular; frequentemente associado a actividade física extenuante ou exposição a pressão psicológica (CIPE®, 2000).

Em relação a este foco da prática adoptámos ao longo de todo o estudo o termo *fadiga*, em detrimento do termo *cansaço* apresentado na versão beta, porque este foi escolhido como "termo preferido" pelos enfermeiros[23] para designar tal foco da prática.

Esta circunstância desencadeou a sugestão para proposta de alteração da definição.

Uma enfermeira pertencente ao painel observou que "*na definição de «fadiga», mencionar novamente "de fadiga", não diz nada, penso não ser lógica a inclusão deste termo na definição*". De facto, não faz sentido "definir o definido pelo definido" como acontece neste caso em que o foco da prática *fadiga* é definida como "*diminuição da força ou resistência, sensação de lassidão, de fadiga, bocejo frequente (..)*" (CIPE®, 2000:36). Esta discussão prende-se, sem dúvida, com a dificuldade de tradução de uma língua para outra e não com a própria definição.

Quando nos confrontamos com a versão original constatamos que «fatigue» é o termo original usado para designar o foco da prática. Este foco é definido, na versão original, como "*state of decreased strength or endurance, sense of weariness, tiredness, frequent yawing, listlessness, absence of feeling well rested, decreased ability of tissues to respond to stimuli normally evoking muscular contraction, frequently associated with strenuous physical activity or exposure to psychological pressure*" (ICNP®, 1999).

Os termos em discussão são «fatigue» e «tiredness». «Fatigue» é traduzida para português para «fadiga» mas «tiredness» pode ser traduzido para cansaço ou fadiga. Estamos conscientes que ao traduzir um termo de uma língua para outra importa associar o significado que lhe é atribuído, por isso fomos procurar o significado atribuído a estes termos na língua original.

[23] Alguns termos que designam focos da prática foram substituídos com base em discussões na USINE (Unidade Investigação Sistemas Informação em Enfermagem) da Escola Superior de Enfermagem de S. João. O termo *Fadiga* é um desses casos.

No dicionário de inglês-inglês verificamos que os significados são distintos. «Fatigue» é entendida como "*a feeling of being extremely tired, usually because of hard work or exercise: physical and mental fatigue*", enquanto «tiredness» é entendida como "*feeling that you would like to sleep or rest*" (Hornby, 2000:461,1364), ao contrário do que acontece aos significados dos termos em português. No dicionário de português «cansaço» é entendido como fraqueza produzida por doença ou trabalho demasiado e sinónimo de fadiga; «fadiga» é entendida como cansaço, físico ou intelectual, resultante de trabalho (Torrinha, 1999).

Pelo exposto parece-nos pacífica a tradução de «fatigue» por «fadiga» como termo para designar o foco da prática. O termo «tiredness» pode ser traduzido por «cansaço» já que no contexto parece, de facto, referir-se à sensação de fraqueza: sensação de lassidão, de fadiga, cansaço, bocejo frequente, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado.

Esta é uma discussão a desenvolver com as pessoas responsáveis pela tradução da CIPE®.

Proposta de alteração a ponderar:

- substituir o termo «fatigue» por **Fadiga** e «tiredness» por **cansaço** na tradução em português.

Papel maternal

interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe (CIPE®, 2000).

O primeiro filho marca uma importante transição na vida dos pais na medida em que é, desde logo, um ser dependente (Papalia & Olds, 2000). Segundo estas autoras, o tornar-se mãe ou pai é um processo que gera alguma ambivalência. De facto, em simultâneo com a excitação associada a esta nova realidade, pode coexistir a ansiedade, desencadeada pela assunção da responsabilidade de cuidar uma criança e pelos compromissos, em tempo e em energia, que a situação exige.

O conjunto de comportamentos que a mãe adopta face ao seu filho recém-nascido, é indispensável à sua sobrevivência e ao seu desenvolvimento. Estes comportamentos são denominados por Doron & Parot (2001) por cuidados maternos (*mothering*). Os

mesmos autores definem o comportamento materno como o conjunto de cuidados assegurados pela mãe ao seu filho, no sentido de assegurar a protecção e a alimentação, promovendo, deste modo, o estabelecimento dos laços afectivos desejados.

A responsabilidade inerente aos cuidados dos pais, em particular da mãe, está relacionada com o facto da criança ser um ser indefeso e dependente, precisando, por isso, de alguém que cuide dela. Efectivamente, "*é indiscutível que uma criança não pode sobreviver e desenvolver-se sem atenção nem cuidados maternais*" (Badinter, 1980:13). A aprendizagem do comportamento maternal não é, no entanto, tarefa fácil, antes pelo contrário. Na opinião de Apóstolo (1999) requer aptidões de vários tipos, que se reflectem na sensibilidade e na responsabilidade para as diferentes necessidades em diversas fases de desenvolvimento.

No entanto, tais cuidados variam de cultura para cultura. Ter um filho é, em cada civilização, considerado de um modo diferente, tanto pelas características individuais de cada mãe, como pela atmosfera cultural que a cerca (Correia, 1998).

Durante os primeiros dias depois do nascimento, os pais aprendem a alimentar, a dar banho e a vestir a criança e, ainda, a familiarizar-se com as suas actividades e sons (Berkow, 2000). Por seu turno, Raffensperger (2002) considera que as preocupações comuns de qualquer mãe ou pai são: o banho, os cuidados ao coto umbilical, o vestir e o despir, a troca da fralda, a avaliação da temperatura, as técnicas de alimentação, as considerações sobre segurança, os padrões de alimentação, os sinais de alerta, a interpretação do choro, a prevenção e o tratamento do eritema da fralda. Por isso, a maior parte das unidades de cuidados de assistência, durante o período perinatal, estão preparadas e organizadas para o ensino e a instrução à mãe. Actualmente, é prática corrente o alojamento comum de mãe e filho. Maldonado defende que este período, em que a criança e a mãe permanecem juntos, é como "*uma etapa na preparação para a maternidade*" (1976:18), pois promove a aprendizagem necessária dos cuidados ao filho, em particular numa sociedade em que a experiência de cuidar, ou ver alguém cuidar, de um recém-nascido é pouco frequente.

Na opinião de Klaus & Kennel (1993), o comportamento materno é determinado por múltiplos factores - desde a capacidade cognitiva às experiências anteriores, passando

pelo projecto de vida e *pré-conceitos* sobre o filho. Talvez seja esta a explicação para o facto de algumas mães superarem satisfatoriamente as dificuldades associadas aos cuidados ao filho ou à separação precoce. De facto, tal como argumentou Badinter (1980) na sua obra *O amor incerto*, não se nasce mãe - aprende-se. Defende a autora que nem todas as mães adoptam o mesmo comportamento perante o filho, pois, o amor maternal, tal como qualquer outro sentimento humano, é incerto, frágil e imperfeito (Badinter, 1980). O papel desempenhado pela mãe, na opinião desta autora, depende, não só da sua história pessoal, da oportunidade da gravidez, se foi desejada ou não, da relação com o pai da criança, como também de factores sociais, culturais e profissionais. Por isso, a maternidade requer que, mais do que desejar ter um filho, se deseje ser mãe. De facto, é hoje indefensável a noção de que "*qualquer mulher, ao tornar-se mãe, descobre em si própria as respostas adequadas à sua nova condição*" tal como uma actividade automática que foi activada (Badinter, 1980:16).

Klaus & Kennel (1993) destacam como experiências que interferem no desempenho do papel maternal: a presença de acompanhante durante o trabalho de parto; a duração do trabalho de parto e a preparação para o parto; e, os cuidados com filho, que ainda não nasceu, durante a gravidez.

Assim, cada sociedade adopta um modelo que constitui uma referência para cada mulher que se torna, ou se vai tornar, mãe. É pela referência a este modelo que os comportamentos de cada mãe são julgados como adequados, ou como inadequados. Por isso, a utilização dos termos "adequados" e "inadequados" na definição emitem alguma estranheza, na medida em que constituem, na estrutura da CIPE um outro eixo - Eixo B (Juízo). Os termos incluídos no Eixo B fornecem os conceitos necessários para caracterizar (ajuizar) o foco da prática.

Este é, talvez, outro foco que merece alguma reflexão e discussão com o grupo do CIE, para entender o sentido de evidenciar as características do comportamento na definição do próprio foco da prática.

Papel paternal

interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados para um pai (CIPE®, 2000).

À semelhança da mãe, também o pai vivencia um processo de ligação ao filho recém-nascido que lhe permite assumir o seu papel de pai. De facto, alguns estudos têm vindo a demonstrar que o comportamento do pai ao conhecer o filho é muito semelhante ao da mãe. Num estudo realizado por Rodholm & Larson (*cit. In* Klaus & Kennel, 1993) foi observada a interacção entre pai e filho. Estes autores constataram uma sequência ordenada de comportamentos no primeiro contacto entre pai e filho. O pai começava por tocar as extremidades com as pontas dos dedos, depois com as palmas das mãos verificando-se, também, a procura do olhar. Greenberg & Morris (*cit. In* Klaus & Kennel, 1993), em 1974, utilizaram o termo *engrossment*, que designa absorção, interesse, preocupação, para denominar o impacte que o recém-nascido tem sobre o pai.

O desenvolvimento de sentimentos de preocupação e de interesse pela criança inclui: (1) olhar a criança; (2) tocar a criança expressando desejo de a segurar; (3) reconhecer características enfatizando aquelas que se assemelham ao pai; (4) percepção da criança como perfeita; (5) sentimento de atracção e atenção para a criança; (6) sentimento de alegria; e, (7) presença de sentimentos de satisfação e comportamentos de reforço da auto-estima (Wong, 1999). Na opinião de Wong (1999) estas respostas são mais intensas quando existe contacto inicial entre o pai e a criança, e são, em larga medida, devidas ao reflexo de preensão e ao alerta visual.

Nos últimos anos, principalmente devido à valorização do direito de participação, tem-se assistido a uma lenta, mas significativa, mudança no papel e no envolvimento dos pais nos cuidados à mãe e no acompanhamento do crescimento/desenvolvimento dos filhos. Actualmente, o pai não é mais considerado como mera "visita". No entanto, na nossa sociedade, o papel do pai continua a ser considerado secundário, assumindo ainda, quando assiste ao parto, um papel de mero observador (Correia, 1998). No entanto, o suporte emocional que o pai pode oferecer ajuda a mãe na sua adaptação à gestação. A sua presença durante o parto contribui para uma menor necessidade no uso

de medicação contra dor e proporciona vivências mais positivas no pós-parto. Também a duração da amamentação é influenciada positivamente pelo apoio paterno.

Esta realidade gera algumas expectativas em relação ao comportamento do pai. No nascimento da criança, e para além do acompanhando da mãe durante o trabalho de parto, é esperado que o pai identifique a criança chamando-a pelo nome, que a segure, que a acaricie, que a embale e converse com ela. De facto, o desejo de segurar o filho e participar nos cuidados constituem indicações de *absorção* paterna. Quando o pai é estimulado desde logo a estabelecer uma relação com o seu filho, diminui a possibilidade de, quando reiniciar a vida em casa com o novo membro da família, se sentir excluído.

Frequentemente, tendo oportunidade, os pais assumem e aprendem a cuidar do filho. Parke (*cit. In* Klaus & Kennel) afirma que o pai pode beneficiar, tal como a mãe, das informações sobre os cuidados ao filho, acrescentando ainda que o período pós-parto pode constituir um momento especial para "*ensinar a tarefa de ser pai*" (1993:79).

De facto, o papel do pai é importante, mesmo que de forma indirecta, para o desenvolvimento harmonioso da criança. Na maioria dos casos é a mãe que assume o papel directo de cuidar do filho, principalmente porque o alimenta. No entanto, o pai pode optimizar esta relação prestando apoio e demonstrando compreensão em vez de alimentar o «ciúme» pelo papel maternal. Assim, criam-se condições para que o pai se interesse e se envolva nos cuidados ao filho.

Este foco da prática desperta o mesmo tipo de observação que mereceu o foco da prática *Papel maternal*, até porque tanto um como o outro são tipos de *Papel parental*.

Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: família

Em relação ao portador família identificámos um conjunto composto por quatro focos da prática: *Vinculação*, *Ligação mãe-filho*, *Amamentar* e *Mamar*.

Vinculação

ligação entre a criança e os pai(s); formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância (CIPE®, 2000).

A vinculação é considerada um processo recíproco de união entre pais e filho que depende, tanto das características da criança e dos pais, como das características do contexto social (Canavarro, 1999). Por um lado, a presença constante dos pais permite a oportunidade de conhecer o filho e, por outro lado, as características da criança provocam respostas nos pais proporcionando vários canais de comunicação, essenciais para o processo de vinculação e para o começo da interacção recíproca (Klaus & Kennel, 1993).

Vinculação é um tipo de ligação afectiva que, na perspectiva de Ainsworth (*cit. In* Canavarro, 1999), se caracteriza por ser particular de um único indivíduo, passando a ser representada na sua organização interna, com duração prolongada no tempo, desejo de manter a proximidade o que faz com que, a ideia de estar junto, induza uma percepção agradável e, a separação, seja entendida como algo doloroso (Ainsworth *cit. In* Canavarro, 1999). Efectivamente, no recém-nascido humano a vinculação constitui a forma primária do laço social, exprimindo-se como uma necessidade inata de manter a proximidade com a figura de vinculação (Schaffer, 1999).

Confrontadas com a definição de vinculação proposta na CIPE®, as enfermeiras do painel de peritos manifestaram a sua discordância com a parte da definição que refere o "afrouxar" dos laços afectivos. Na opinião de algumas, "a ligação entre a criança e os pais não afrouxa desde o parto e durante a infância, é nestes períodos que ela é mais intensa, há um ligeiro afrouxamento na adolescência e idade adulta". De facto, esta noção de enfraquecimento da ligação entre a criança e os pais soou estranha às enfermeiras.

Aliás, esta ideia de afrouxamento é contrariada por vários autores. Schaffer afirma que vinculação é um "*elo emocionalmente significativo de longa duração com um indivíduo*" (1999:153). Segundo este autor, o objecto de vinculação é quase sempre os sentimentos que os pais retribuem à criança, criando um elo particularmente forte entre ambas as partes. Segundo Ainsworth (*cit. In* Soares, 1993), a vinculação é uma ligação

que, uma vez estabelecida, tende a persistir, a ser duradoura. Dickason *et al.* Acrescentam, ainda, que este processo de envolvimento e desenvolvimento de laços emocionais entre a criança e os pais determina um vínculo afectivo estável que "*perdurará e não se extinguirá apesar das separações*" (1999:500).

A procura de proximidade por parte da criança é, na opinião de Schaffer (1999), a alma da vinculação. A necessidade de estar perto está relacionada com a necessidade de cuidados, protecção e segurança - o porto de abrigo. Bowlby (1990) defende na sua teoria que a criança está geneticamente «programada» para manter a proximidade com a mãe e a atrair a sua atenção, enquanto a mãe pronta a corresponder aos sinais, pronta a ser responsiva. De facto, um dos aspectos centrais da teoria de vinculação de Bowlby é o reconhecimento da importância dos comportamentos de vinculação para a espécie humana: chupar, agarrar, seguir com o olhar, chorar e sorrir. Estes comportamentos possibilitam à criança estabelecer a tal proximidade com a(s) figura(s) de vinculação garantindo a oportunidade de se tornarem uma família (Brazelton, 1988).

Segundo Bolwby (1991), a criança está «biologicamente inclinada» para se envolver emocionalmente com as pessoas que cuidam dela, dispondo de um sistema de comportamentos que aumentam a possibilidade de estabelecer relações próximas. Bolwby (1991) agrupou estes comportamentos em dois grupos: comportamento gestual (chorar, sorrir, balbuciar) e comportamento de aproximação (agarrar, seguir, alcançar).

Weiss (*cit. In* Canavarro, 1999) sumariou as características da vinculação na infância: (1) procura de proximidade; (2) efeito de base de segurança; (3) protesto na altura de separação; (4) ser activada por situações ameaçadoras; (5) especificidade da figura de vinculação; (6) impossibilidade de controlo consciente; (7) persistência (o grau de vinculação não diminui com a habituação); (8) independência de outras características da relação (persiste mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou abusiva).

O carácter da vinculação desenvolve-se à medida que o comportamento se torna mais organizado e intencional, isto é, quando passa de "*uma simples reacção automática perante qualquer adulto para um sistema complexo de objectivo fixo direccionado a indivíduos específicos e diferenciados*" (Schaffer, 1999:156).

Schaffer afirma que no período pós-infantil se constata, por parte da criança, "*uma gradual diminuição da necessidade de proximidade das figuras de vinculação*" , isto é, revelam maior tolerância durante as separações (1999:165). O principal motivo apontado por este autor para explicar este comportamento - capacidade de se afastar das figuras de vinculação -, subsidia-se no facto da criança se tornar, em termos cognitivos, suficientemente avançada para formar representações mentais, tendo-as presentes durante a separação. A maior parte das crianças aos doze meses já manifesta comportamentos de vinculação segura. Por volta dos três anos, já está apta para ampliar as relações afectivas com outras pessoas (Canavarro, 1999). Este aspecto está intimamente ligado com a constituição de modelos interiores de funcionamento (Schaffer, 1999). De acordo com este autor "*o grau de segurança no primeiro relacionamento é considerado o ingrediente mais influente na criação de modelos interiores de funcionamento*" (1999:169), sendo a vinculação uma característica de longa duração. Os modelos interiores de funcionamento constituem representações mentais que incluem componentes emocionais e cognitivas, cujo objectivo principal é fornecer regras de orientação para comportamentos e sentimentos em relação aos outros que possuem como características: (1) existem a nível inconsciente; (2) o seu desenvolvimento está condicionado pelas experiências de procura de proximidade; (3) tendem a ser estáveis a partir do primeiro ano de vida (Schaffer, 1999).

Estudos de Bowlby e Harlow, entre outros, permitiram observar que um compromisso na vinculação pode condicionar o futuro da emotividade daquelas pessoas, pois este vínculo é considerado por muitos autores como a base das relações posteriores. Doron & Parot acrescentam que "*esta relação é um dos fundamentos dos laços sociais e familiares*" (2001:772).

A forma mais divulgada de avaliar a qualidade da vinculação estabelecida é conhecida por *Situação Estranha,* tendo sido desenvolvida por Ainsworth (*cit. In* Schaffer, 1999). Segundo esta autora, as reacções das crianças podem ser classificadas em três tipos: *seguras*, *inseguras/evasivas* e *inseguras/resistentes*. No entanto, Ainsworth alerta para o facto de esta classificação representar "*algo acerca dos relacionamentos e não acerca das crianças*" (*cit. In* Schaffer, 1999:171). Na opinião desta autora, as diferenças estão

associadas ao grau de sensibilidade da mãe durante as interacções da primeira infância e ao temperamento tanto da mãe como da criança.

A noção de diminuição da necessidade de proximidade pode traduzir a ideia do "afrouxando gradualmente" presente na definição da CIPE®. De facto, Schaffer (1999) afirma que as crianças, em termos cognitivos, tornam-se suficientemente capazes para, na ausência das figuras de vinculação, apelarem às representações mentais, tornando-as presentes, tolerando assim, a natureza temporária da separação. No entanto, este afastamento tolerado não parece reflectir um desvanecer dos laços afectivos, tal como refere a definição da CIPE®. Assim, parece fazer sentido a observação das enfermeiras, já que os laços afectivos não se vão desvanecendo ao longo do tempo, antes pelo contrário, vão aumentando, tornando-se mais efectivos, pois, como refere Brazelton (1988), «*apaixonarmo-nos por um bebé pode acontecer à primeira vista, mas continuar a amá-lo é uma aprendizagem*». A noção de que uma ligação entre os pais e a criança possa de algum modo desvanecer-se tende a ser alvo de discórdia, em particular, por parte dos enfermeiros, pois este não é, de todo, o seu conceito.

Por isso, confrontámos esta concepção com a versão original em inglês: *Bonding is a type of Parenting with the specific characteristics: Attachment between an infant and parent(s); formation of affectionate ties; from the time of delivery gradually wearing off during childhood* (ICNP®, 1999). Na definição original identificamos um ponto e vírgula que separa as duas frases: uma, a "formação de laços afectivos" e, outra, "desde o momento do parto se vai gradualmente desvanecendo durante a infância".

No entanto, o que parece diminuir ao longo do tempo é a necessidade de proximidade associada aos cuidados, à protecção e à segurança. De facto, segundo os autores supracitados, a criança à medida que vai desenvolvendo a sua estrutura cognitiva e formando modelos interiores de funcionamento, vai tolerando melhor a separação, caminhando no sentido da independência.

Estas observações são a base de sustentação para a proposta de alteração da definição.

Proposta de alteração a ponderar:

- substituir, na definição, "*vão afrouxando desde o parto e durante a infância*" por **necessidade de proximidade que se vai desvanecendo à medida que a criança cresce e se desenvolve**;

- acrescentar **ponto e vírgula** entre "*formação de laços afectivos*" e a frase sugerida anteriormente, na versão em português.

Ligação mãe-filho
estabelecimento de uma relação estreita entre a mãe e a criança, no momento do parto, procurando mutuamente o contacto ocular, iniciando o toque nos dedos do bebé, chamando-o pelo nome (CIPE®, 2000).

Dos comentários redigidos pelos peritos sobre a definição da *Ligação mãe-filho*[24] apresentada pela CIPE® resultaram algumas propostas de alteração ao seu conteúdo.

Destas propostas destaca-se a discordância com dois aspectos da definição: um relacionado com o momento em que a relação é estabelecida ("no momento do parto") e outro que tem a ver com os comportamentos demonstrativos dessa relação ("iniciando o toque nos dedos do bebé, chamando-o pelo nome").

Na opinião dos peritos, "a ligação mãe-filho não pode ser apenas no momento do parto, mas em todo o processo de desenvolvimento, começando na gravidez". Lowdermilk *et al.* (2002) corroboram a ideia de que o processo de ligação se inicia na gestação, intensificando-se no período pós-parto imediato, exibindo períodos de progressão e regressão, tornando-se constante e consistente uma vez estabelecida. Efectivamente, tal como refere Mendes (2002), a ligação da mãe com o seu filho, que se iniciou e desenvolveu durante a gravidez, só se torna visível após o nascimento. A ligação entre a mãe e o seu filho, constitui uma tarefa materna que se traduz em comportamentos que representam a ligação, e a interacção, com o seu filho ainda por nascer (Cranley, *cit. In* Mendes, 2002). Assim, esta realidade parece configurar um novo foco da prática -

[24] A comparação entre os conceitos de vinculação e de ligação materna apontam para sentidos diferentes para a díade mãe-filho: a ligação diz respeito à relação da mãe para com a criança, enquanto a vinculação enfatiza a relação da criança com a mãe. Alguns autores referem, inclusivé, que não se trata do "mesmo bebé" pois, enquanto os estudos sobre ligação se centram na criança nos primeiros tempos de vida, os estudos sobre vinculação sugerem que esta ocorre mais lentamente, não se podendo falar nos primeiros tempos senão de comportamentos mediadores de vinculação.

Ligação materno-fetal. A este propósito, Klaus & Kennel afirmam mesmo que "*o processo de vinculação da mãe ao filho frequentemente começa antes dos primeiros movimentos fetais*" (1993:86). Neste período a mãe vai criando um retrato imaginário do seu filho - «o filho desejado». Depois do parto, um aspecto fundamental é o confronto, e a reconciliação, do bebé imaginado com o bebé real. Este é um aspecto indispensável para o estabelecimento efectivo da vinculação, pois "*para a sobrevivência do bebé humano o apego mãe-filho é essencial*" (Klaus & Kennel, 1993:90).

Outro aspecto comentado, prende-se com o desacordo com a parte da definição que refere "no momento do parto". Na opinião de algumas enfermeiras peritas, "a ligação mãe-filho não pode ser apenas no momento do parto, mas em todo o processo de desenvolvimento".

As primeiras horas após o parto podem constituir um período particularmente sensível para o estabelecimento do vínculo afectivo entre os pais e seus filhos através do contacto físico. Segundo Klaus & Kennel (1993) neste momento particular - que designaram por *período crítico* -, a mãe apresenta uma disposição única para se ligar ao seu filho. O período crítico é entendido por estes autores como "*um período de tempo relativamente curto, durante o qual ocorrem importantes mudanças na organização do comportamento*" (1993:84).

Um aspecto mencionado pelos peritos, está relacionado com os comportamentos que a mãe adopta quando é apresentada ao seu filho. Na opinião de algumas enfermeiras "*não é obrigatório que se processe ou manifeste desta forma*". Na maioria dos casos, nas primeiras horas pós-parto, ocorre um forte impulso por parte da mãe, para observar e tocar o seu filho recém-nascido. Diversos autores defendem que as mães apresentam um padrão comportamental, previsível e ordenado, no desenvolvimento do processo de ligação. As mães, aquando do primeiro encontro, começam por explorar a criança com as pontas dos dedos, posicionando-a face a face, procurando que os seus olhos e os do recém-nascido se encontrem. De facto, os primeiros minutos e as horas seguintes ao nascimento constituem um período sensível no qual a mãe e o filho procuram, activamente, conhecer-se: a mãe toca no filho e olha-o nos olhos, falando-lhe em voz suave e tranquila; a criança devolve-lhe o olhar, o que estimula ainda mais a mãe a

manter a interacção (Wong, 1999; Klaus & Kennel, 1993). Ao contrário do que se possa supor, as funções sensoriais do recém-nascido estão já suficientemente desenvolvidas tendo uma acção significativa no processo de vinculação. Sobre esta questão Wong (1999) refere que a criança ao nascer, apesar de estruturalmente incompleta, apresenta já a capacidade de focalizar de forma momentânea um objecto colocado na linha média do seu campo de visão, a uma distância máxima de vinte centímetros. Outros autores acrescentam que durante a primeira hora após o nascimento a criança está desperta e alerta para os estímulos visuais e auditivos. Wong (1999) acrescenta ainda que, imediatamente e durante um curto período após o nascimento, a mãe apresenta uma capacidade única de se ligar ao filho.

Na opinião defendida por Ainsworth, os cuidados que a mãe oferece ao filho estarão facilitados se lhe for proporcionada a oportunidade de *"imediatamente após o parto, ter um contacto corporal com o seu filho e poder tomar conta dele"* (*cit. In* Canavarro, 1999:57). Esta experiência, segundo Klaus & Kennel (1993), ajuda a activar e a optimizar um sistema de cuidados maternais. Após o nascimento, o primeiro período de reactividade (primeira hora de vida) facilita a ligação (*attachment*) constituindo um período excelente para mãe e filho interagirem (Wong, 1999; Lowdermilk [et al.], 2002). Num estudo desenvolvido por Klaus e Kennel (1993) sobre a separação da mãe do seu filho recém-nascido, foi demonstrada a existência de um período "sensível", imediatamente a seguir ao nascimento, importante na estruturação de laços vinculativos entre os dois.

A primeira reacção da mãe diante do recém-nascido é geralmente positiva. No entanto, a manifestação do «sentimento materno» nem sempre ocorre na primeira vez que a mãe vê o seu filho (Maldonado, 1976). Aliás, Wong (1999) alerta para a interpretação apressada dos comportamentos da mãe em relação ao seu filho. Segundo esta autora, apelidar de "sensível" ou "crítica" uma relação mãe - filho e admitir que possa estar em causa a formação de laços afectivos, só porque não existiu contacto inicial, pode ser condicionante para o futuro dessa relação. De facto, apesar da sua importância neste processo, o contacto inicial não assume o peso de "tudo ou nada" pois, não faltarão oportunidades para que se desenvolvam laços entre os pais e filho. Wong acrescenta que o *"vínculo é um processo complexo que se desenvolve gradativamente"* (1999:186),

sendo influenciado por inúmeros factores, constituindo o contacto inicial um deles. Esta autora alerta, ainda, para as leituras apressadas do comportamento da mãe, pois, embora se tenham observado padrões similares de contacto, outros estudos demonstram diferentes padrões, para diferentes mães. Berkow (2000) argumenta que, apesar de o contacto físico precoce ajudar no estabelecimento de vínculos, os pais podem vincular-se ao filho, e vice versa, mesmo quando não passam as primeiras horas juntos. Brazelton (1989) acrescenta ainda que enfatizar as condições de apego que ocorrem imediatamente após o nascimento pode implicar o sentimento, por parte dos pais, de terem perdido a sua oportunidade. Por isso, é importante realçar que este momento constitui apenas o começo da ligação entre a criança e seus pais. Aliás Klaus & Kennel afirmam, ainda, que "*o ser humano é altamente adaptável, e existem muitos atalhos seguros para a formação do apego*" (1993:76).

Num estudo citado por Klaus & Kennel (1993), sobre «*quando surge o amor?*», havia disparidade quanto ao tempo que cada mãe demora para se «*apaixonar pelo filho*». Assim, num determinado grupo de mães primíparas, 40% referiu que ao segurar o filho pela primeira vez o sentimento principal foi *indiferença* enquanto a mesma percentagem (40%) sentiu uma *afeição imediata*. Deste estudo sobressaiu, também, que a maioria das mães desenvolvem afeição pelos filhos durante a primeira semana de vida.

Raffensperger (2002) refere quatro comportamentos que evidenciam a efectividade da ligação mãe-filho:

- progressão do contacto, desde o tocar o recém-nascido com as pontas dos dedos até ao estabelecimento de um contacto mais confiante e segurar a criança nos braços;
- atitude de alcançar activamente a criança, em vez de a receber passivamente;
- procurar activamente estabelecer e manter o contacto visual, no mesmo plano, designado por face a face;
- expressões de aprovação ou satisfação pelo sexo, peso, estado, aspecto e tamanho do recém-nascido.

Klaus & Kennel (1993) afirmam que manter a mãe e criança juntos, logo após o nascimento, parece iniciar e estimular a presença de mecanismos sensoriais, hormonais,

fisiológicos, imunológicos e comportamentais que provavelmente estimulam o estabelecimento de vínculo entre mãe e filho. De facto, tal como afirma Michel Odent, *o vínculo entre mãe e bebé é o protótipo de todas as formas de amor.*

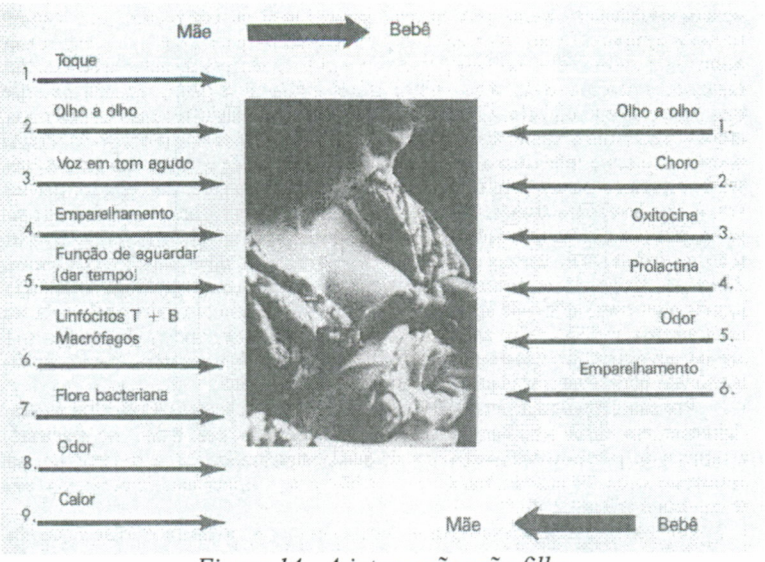


Figura 14 - A interacção mãe-filho
(KLAUS & KENNEL, 1993)

Como se depreende pela Figura 14, a criança activa comportamentos na mãe interessantes para ela e a mãe activa comportamentos no filho que lhe são igualmente gratificantes. Por exemplo, quando a criança chora a mãe oferece colo e a criança cala-se; tocar na bochecha da criança faz com que a criança procure o mamilo e comece a sugar. Esta interacção recíproca (toque, olhar, voz, etc.) assegura a proximidade da mãe-filho (Klaus & Kennel, 1993).

O momento do parto é de facto um momento decisivo mas, pelas razões anteriormente apresentadas, não é exclusivo para que se estabeleça a ligação mãe-filho. Pelo exposto podemos inferir que, por um lado, o momento do parto é um momento privilegiado para o estabelecimento efectivo da ligação mãe-filho e, por outro, que os comportamentos da mãe quando conhece o filho são, de algum modo, previsíveis. Não obstante, subsistem ainda algumas dúvidas - quando, por qualquer motivo, a mãe não pode ver o filho no momento de parto (por exemplo, numa mulher submetida a cesariana sob anestesia geral)? E, quando a forma de conhecer o filho não acontece deste modo? Significa que a ligação mãe-filho está comprometida? Esta noção constitui o principal argumento para a proposta de alteração que a seguir se apresenta.

Proposta de alteração a ponderar:

- retirar "*no momento do parto*" da definição.

Amamentar

estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome (CIPE®, 2000).

Amamentar é, por definição, alimentar com leite de mama - dar de mamar - (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporâneo, 2001). Contudo interrogamo-nos. Sendo amamentar um verbo que designa o modo como a criança é alimentada, porque razão estará incluído num domínio da classificação em que a área de atenção é o estabelecimento de uma relação maternal? Será que o momento particular em que a mãe alimenta o seu filho com o leite produzido nas suas mamas pode ser encarado como um tipo de ligação entre mãe e filho?

De facto, a nutrição do recém-nascido pode ser considerada de dois pontos de vista: um, que refere o aporte de nutrientes indispensáveis para a manutenção dos processos corporais essenciais à vida; outra, que refere a função que cada mulher assume de estabelecer uma relação particular com o filho, em particular enquanto assegura a tal nutrição através do seu leite (Hay [et al.], 1995).

Na opinião de Maldonado, a amamentação envolve um padrão de comunicação entre a mãe e o filho que se concretiza através da transmissão recíproca de afecto pelo olhar, movimentos do corpo da criança e "*prazer sensual produzido pela sucção*" (1976:57).

Raffensperger acrescenta ainda que "*o amor da mãe é tão importante como o alimento que proporciona*" (2002:626). Wong, por seu turno, salienta que, mais do que as qualidades do leite materno, "*o mais duradouro benefício psicológico do aleitamento materno é a íntima relação mãe-filho*" (1999:183).

Neste processo, a criança é aninhada muito próximo da pele, podendo ouvir o ritmo do coração, sentindo o calor e a segurança do abraço do corpo da mãe. A mãe parece estar intensamente interessada em olhar para os olhos abertos do seu filho (Klaus & Kennel, 1993). Acresce ainda, que a mãe tem uma sensação de união muito próxima do filho e sente uma sensação de "*realização e satisfação quando o neonato suga o seu leite*"

(Wong, 1999:183). De facto, enquanto alimenta o filho à mama, a mãe segura-o próximo de si, olha-o e conversa com ele.

Papalia & Olds advogam que tal vínculo também pode ocorrer com o biberão pois, a qualidade da relação que cada mãe estabelece com o seu filho é "*mais importante do que o método de alimentação*" (2000:113). No entanto, o conceito de amamentar apresentado pela CIPE® diz respeito exclusivamente à ligação que a mãe estabelece com o seu filho enquanto o alimenta com leite da mama. Quando os enfermeiros tomam como foco da prática o estabelecimento de uma relação maternal mãe - criança, mas, enquanto esta a alimenta com biberão, estão centrados na ligação que a mãe estabelece com o filho (ligação mãe-filho). Esta particularidade sustenta, ainda mais, a proposta de alteração ao foco da prática *Amamentar*.

Proposta de alteração a ponderar:

- substituir na definição o termo "peito" por **mama**, na versão portuguesa.

Mamar

estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão de sinais da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito (CIPE®, 2000).

O primeiro evento social da vida de uma criança ocorre com a interacção entre a mãe e o filho enquanto aquela o alimenta. Nesta situação o contacto pele com pele é especialmente relevante uma vez que permite à criança um modo e uma oportunidade de relação com o mundo, que se constitui como a principal origem da segurança e da afectividade (Maldonado, 1976). Se, por um lado, a mãe segura na criança, embala-a e acaricia-a, por outro, a criança reage instintivamente a tais comportamentos. Segundo Bowlby cada criança está dotada de características inatas que lhes garantem a oportunidade de sobrevivência (Raffensperger, 2002). Ao corresponder à componente emocional da mãe a criança garante o sucesso da relação que se estabelece enquanto a mãe o amamenta.

No entanto os comentários proferidos pelos peritos questionam a exclusividade do alimentar através da mama como forma de estabelecer laços adequados. Na sua opinião, "*o recém-nascido pode estabelecer laços com a mãe mesmo que mame no biberão*".

Também, Lowdermilk *et al.* (2002) consideram a alimentação da criança, mais do que a mera provisão de nutrientes, uma oportunidade de interacção social para a mãe e para a criança. Estas autoras defendem que, independentemente do método, a alimentação proporciona "*oportunidades para a ligação com a criança pelo toque, pela fala, pelo segurar próximo do corpo*" (2002:578).

Existem alguns reflexos na criança que constituem comportamentos essenciais à sua sobrevivência, nomeadamente o reflexo de busca, o reflexo de sucção e o reflexo de deglutição. Quando a sucção é eficaz, a ingestão nutricional optimiza-se, permitindo atingir o padrão de mamar desejado. De facto, habitualmente, quando algo toca nos lábios ou nas bochechas da criança, a sua resposta comportamental espontânea é rodar a cabeça nessa direcção e abrir a boca. Quando o mamilo toca no palato, a criança começa a sugar e quando a boca se enche de leite a criança deglute. Klaus & Kennel (1993) referem que o comportamento da criança caracteriza-se, habitualmente, por olhos abertos, alerta, desperto, que acompanha o rosto da mãe com o olhar (Figura 15). Ainda a este propósito, Papalia & Olds (2000) referem que a visão é o sentido menos desenvolvido ao nascer. Os olhos do recém-nascido focam melhor a uma distância de 20/30 centímetros, distância característica a que se situa o rosto de uma pessoa que segura uma criança e, este particular, pode facilitar a ligação entre a mãe e o filho.

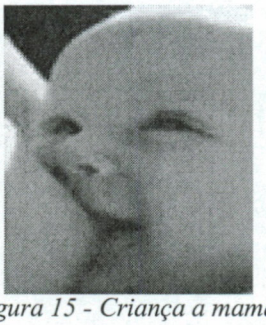


Figura 15 - Criança a mamar

No entanto, todo este mecanismo é fortemente influenciado pela mãe. A mãe, de facto, não pode assumir um papel passivo, é indispensável que complemente os comportamentos da criança segurando, ela mesma, na mama e no mamilo, posicionando a criança, etc.

As enfermeiras manifestaram, também, algum desacordo com algumas das características definidoras propostas na definição, nomeadamente as que referem o intervalo entre as mamadas e a duração da mamada.

Relativamente à duração das mamadas, na opinião de algumas enfermeiras pertencentes ao painel de peritos, "*o recém-nascido deve mamar o tempo que quiser em cada mama*" e "segundo as novas indicações da UNICEF e OMS, o bebé não deve mamar 5-10 minutos em cada seio, deve mamar numa mama até ela se esvaziar (pode ser 1 minuto, 2 minutos até 10, 20, 30 minutos) e só depois, se não estiver satisfeito, é que mama na segunda mama". As enfermeiras continuam, afirmando que "actualmente aconselham-se as mães a dar de uma mama numa mamada para a esvaziar completamente e, na próxima mamada, na outra" justificado a sua opinião com base no argumento de que "o leite do início da mamada tem uma composição diferente da que apresenta no final da mamada".

Por outro lado, o conceito apresentado na CIPE®, além de referir o estabelecimento de laços entre a criança e mãe enquanto mama, acrescenta características deste comportamento materno, nomeadamente a "*maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível*" e ainda "*durante 5-10 minutos em cada seio*".

Em relação à "*maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar e de colocar a língua, deglutindo de forma audível*" já lhe fizemos referência quando analisámos o foco da prática *Sucção*. Esta expressão traduz a ideia da eficácia da sucção e da deglutição, assegurando que existe, de facto, ingestão de leite. De acordo com Mattar *et al.* (2003), a preensão correcta da região mamilo-aréolar constitui um aspecto fundamental para a eficácia do processo amamentar-mamar, já que a «prega correcta» permite à criança retirar o leite em quantidade adequada, sem causar traumatismo na mama da mãe.

A indicação da duração da mamada e a estratégia sugerida ("*durante 5-10 minutos em cada seio*") são mais controversas pois correspondem a noções desactualizadas. Actualmente defende-se que o aleitamento da criança deve ser determinado pela fome da criança, isto é, por livre demanda. Esta prática caracteriza-se pela oferta da mama, sempre que a criança o desejar e durante o tempo que a criança mantiver sucção eficaz (Mattar [et al.], 2003; Berkow, 2000; Wong, 1999; Rezende, 1995). A importância desta modalidade de aleitamento é hoje reconhecida por diferentes individualidades e organizações. De facto, "*incentivar o aleitamento materno sob livre demanda*" constitui

o oitavo dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno expressos na declaração conjunta da OMS e da UNICEF: *protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial das maternidades,* apresentada em 1989. Também Berkow (2000) refere que as mamadas devem ser controladas segundo a fome e não segundo o relógio e, que a duração de cada mamada deve ajustar-se às necessidades de cada criança. Deve, por isso, permitir-se à criança mamar enquanto estiver a realizar sucção eficaz, isto é, com a ingestão de leite.

Outro aspecto a considerar quando discutimos estes assuntos tem a ver com o facto de a composição do leite materno não ser sempre igual. O leite inicial (produzido no início da mamada) contém mais proteínas, enquanto o leite do final da mamada contém mais gordura. Esta gordura fornece grande parte da energia que a criança necessita; por isso, deve continuar a mamar até que receba uma quantidade significativa de leite do final da mamada (OMS & UNICEF). Em conformidade, deve estimular-se o esvaziamento da mama, permitindo, assim, que a criança receba o leite mais rico em gorduras do final da mamada.

A definição de *Mamar* da CIPE® refere-se, igualmente, à quantidade de leite ingerido, isto é, à ingestão suficiente de nutrientes para a manutenção dos processos de vida da criança - "*largando a aréola quando satisfeito*". Quando a criança tem a sensação de plenitude, termina espontaneamente a mamada, largando a mama (mamilo e aréola) por si mesmo, parecendo satisfeito e sonolento. Quando a mamada é adequada, a criança apresenta-se calma e contente depois de mamar (Wong, 1999). Estes parâmetros constituem, também por isso, critérios valiosos para apreciar a ingestão nutricional.

Todavia, houve algo que nos despertou a atenção ao longo da realização deste estudo. O termo «mamar» é usado pelas enfermeiras, indistintamente, para designar o modo como a criança obtém alimento: "*mamar na mama*" ou "*mamar no biberão*". Mais, na bibliografia o termo «mamar» é usado para referir o sugar do leite independentemente de ser da mama ou de ser do biberão. No dicionário, «mamar» é entendido como sugar leite da mama, ou através de biberão (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001). Estas definições corroboram o conceito que as enfermeiras utilizam na sua prática. No entanto, não é este o sentido imprimido à definição da CIPE®.

Se assim é, será que quando os enfermeiros usam o termo «mamar» estão centrados na interacção que a criança estabelece com a mãe enquanto esta a amamenta? Efectivamente, a designação deste foco da prática parece um caso paradigmático do recurso a um termo "com passado" que na CIPE® foi escolhido para designar um outro conceito. Talvez fosse interessante validar, na prática, este conceito, confrontando-o com a concepção de cuidados dos enfermeiros. Este seria um estudo que teria todo o interesse para auxiliar os enfermeiros, quer no processo diagnóstico, quer no diagnóstico diferencial.

Proposta de alteração a ponderar:

- substituir a parte da definição que refere "*maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível*" por **sucção eficaz**;

- retirar a parte da definição que refere "*durante 5-10 minutos em cada seio*";

- substituir "*mama no peito*" por **suga na mama**;

- acrescentar à definição, na parte que refere "*largando a aréola quando satisfeito*" por "*largando a aréola*" **e mamilo** "*quando satisfeito*".

Capítulo 4. Os conceitos particulares em enfermagem de saúde materna e obstetrícia: um quadro de referência

Não são os conhecimentos utilizados que são específicos,
é a utilização que deles se faz que se torna específica.
Collière (1990)

Um quadro de referência, rigoroso e preciso, permite desocultar e clarificar o contributo da enfermagem, proporcionando a "unicidade de intenções" (Adam, 1994). É óbvio que cada enfermeiro possui uma concepção individual, isto é, um esquema de referência da profissão e da sua forma de interpretar e exercer o seu papel.

Este quadro vai ganhando forma e consistência à medida que os elementos, «o quê» da concepção, forem expressos e partilhados. Quando o olhar dos enfermeiros estiver orientado para os aspectos específicos da realidade exclusivamente sensíveis aos seus cuidados estará dado mais um passo para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina e para o reforço da autonomia profissional.

Este capítulo, em que se toma como matriz orientadora da discussão os conceitos apresentados na CIPE®, surge como o resultado de discussões e reflexões sobre os conceitos dominantes dos enfermeiros que trabalham com o conhecimento da área de enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

Relembramos que a seriação destes focos da prática resultou da diferença entre os focos da prática que fomos identificando ao longo deste estudo e focos incluídos em anteriores trabalhos, nomeadamente os realizados no âmbito da USINE. Os focos da prática exclusivamente diagnosticados por enfermeiros, em contexto de um serviço de obstetrícia são apresentados na Tabela 17.

Portador: "mãe"
Ingurgitamento mamário
Mastite da lactação
Contracção uterina
Expulsão uterina
Dor de trabalho de parto
Dor sem trabalho de parto
Abortar
Trabalho de parto
Nascimento

Tabela 17 - Focos da prática particulares no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia

Verificamos que todos os nove focos pertencem ao domínio *Função*. Constatamos, também, que emergem na prática de cuidados em momentos distintos: período pré-parto (*Dor sem trabalho de parto*, *Abortar*, *Desenvolvimento fetal*), período intra-parto (*Contracção uterina*, *Expulsão uterina*, *Dor de trabalho de parto*, *Trabalho de parto*) e período pós-parto (*Ingurgitamento mamário*, *Mastite da lactação*).

4.1. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pré-parto: focos particulares da prática

Os enfermeiros, em contexto de um serviço de obstetrícia, dispõem de conceitos exclusivos que lhes permitem representar a parte específica da realidade, no período antes do parto: *Desenvolvimento fetal* e *Dor sem trabalho de parto* e *Abortar*.

Desenvolvimento fetal

processos de vida normais e progressivos no ventre de uma mulher, para dar origem a um novo indivíduo, de acordo com a idade e estadios de crescimento e desenvolvimento, desde a concepção, através do desenvolvimento embrionário, o período fetal, até ao nascimento (CIPE®, 2000).

Os processos de vida têm início quando o óvulo e o espermatozóide, que transportam o material genético que controla os processos bioquímicos essenciais para o crescimento e o desenvolvimento de um novo organismo crescer e desenvolver, se fundem.

O processo completo de crescimento, desenvolvimento e maturação que ocorre desde a concepção ao nascimento é designado por desenvolvimento pré-natal (Dicionário Oceano Mosby, 2002). No desenvolvimento do produto de concepção consideram-se três períodos distintos: pré-embrionário (primeiras três semanas), embrionário (da terceira à oitava semana) e fetal (da nona à quadragésima semana) (Raffensperger, 2002). Este período tem duração média de 266 dias (38 semanas) contados desde o dia da concepção, ou, 280 dias (40 semanas) quando a referência é o primeiro dia da última menstruação.

No período pré-embrionário decorre o desenvolvimento do zigoto até à formação das três camadas do embrioblasto. Quatro dias após a fecundação, o produto de concepção implanta-se na parede uterina (nidação). A partir desta altura, liga-se ao meio materno para o seu crescimento e desenvolvimento, e inicia troca de nutrientes e oxigénio por dióxido de carbono e outros resíduos fetais, através da circulação útero-placentária primitiva.

Durante o período embrionário, formam-se todos os órgãos e sistemas corporais importantes, sendo este processo designado por organogénese (diferenciação das diversas células, tecidos e sistemas orgânicos e desenvolvimento das principais características externas do embrião).

Este processo ocorre a ritmos e períodos diferentes para cada órgão sendo particularmente sensível a agressões externas. Após as oito semanas de gestação, o embrião já tem a forma humana, pelo que passa a ser designado por feto (Raffensperger, 2002).

Durante o segundo trimestre, as estruturas orgânicas continuam o seu crescimento e desenvolvimento. A partir de certa altura (24 semanas), o feto é considerado viável, ou seja, é capaz de sobreviver fora do útero (Raffensperger, 2002). Nesta altura, já pesa 700 gramas e mede trinta centímetros.

Durante os três últimos meses de vida intra-uterina, o feto cresce até aproximadamente cinquenta centímetros de comprimento. Existe uma acumulação de tecido adiposo

subcutâneo e o peso aumenta para 3,2 a 3,4 quilogramas. A pele torna-se mais espessa, o lanugo começa a desaparecer e o corpo do feto torna-se mais arredondado.

Um grande estirão de crescimento cerebral inicia-se nesta altura continuando até aos primeiros anos pós-natal. O sistema nervoso central já tem determinado o seu número total de neurónios e a suas conexões. Por isso, se nesta altura ocorrer uma lesão no sistema nervoso central fica comprometido o potencial, nomeadamente as funções cognitivas, daquela criança (Bolander, 1998). No final do terceiro trimestre o feto está apto a passar da vida intra-uterina para a extra-uterina.

Este desenvolvimento, com o propósito de originar um novo indivíduo, é designado no conceito que a CIPE® apresenta por "*processos de vida normal e progressivos*".

Nesta definição encontramos um termo - "*ventre*" que não é, em rigor, o termo técnico usualmente utilizado para designar o local onde ocorre o desenvolvimento do feto. O termo usado designa o órgão onde o desenvolvimento fetal, ou seja, o útero. Esta a base que suporta a proposta de alteração.

Proposta de alteração a ponderar:

- substituir a expressão "*ventre de uma mulher*" por **útero materno**.

Dor sem trabalho de parto

sensação de dor abdominal localizada que começa por ser conotada como dor do trabalho de parto mas que se revela ineficaz, não acompanhada por apagamento e dilatação do colo; intermitente, dor curta e forte que não irradia das costas para a frente; esta sensação é muitas vezes descrita como uma dor profunda, tipo cólica, mas é uma dor moderada que não se torna mais forte (CIPE®, 2000).

Próximo do termo da gravidez (a partir das 37/38 semanas) ocorrem contracções uterinas que se caracterizam pela sua irregularidade e pela sua breve duração, habitualmente responsáveis pelas queixas de desconforto, mas que não provocam alterações cervicais (Machado, 2000). Esta sensação é designada, tanto na literatura como pelos enfermeiros na prática, por dor de falso trabalho de parto.

De facto, por vezes, as mulheres referem contracções uterinas dolorosas mas não estão em trabalho de parto, isto é, apresentam contracções de falso trabalho de parto, designadas, habitualmente, por contracções de Braxton-Hicks (Graça, 2000). Estas

contracções, ao contrário do que acontece com as contracções características do trabalho de parto, são irregulares e não provocam alterações em termos de dilatação nem se observam alterações na descida da apresentação fetal. Aliás, tendem a tornar-se indolores, após o repouso (Raffensperger, 2002).

As contracções que desencadeiam este tipo de dor caracterizam-se, e distinguem-se das "verdadeiras" contracções de trabalho de parto, por não produzirem extinção ou dilatação progressiva do colo uterino; ocorrerem em intervalos irregulares; o intervalo entre as contracções não diminui, antes pelo contrário, mantém-se, ou aumenta; a intensidade mantém-se, ou diminui; a dor é localizada principalmente na região inferior do abdómen e virilhas e a deambulação não interfere na sua intensificação (Raffensperger, 2002; Neeson, 1995).

A dor de falso trabalho de parto, conforme referem Ellis & Beckmann, está associada a contracções uterinas, que se caracterizam por *"frequência e intensidade variáveis"*, comuns no último mês de gestação (1886:145). As contracções com estas características são designadas por diversos autores como contracções de Braxton-Hicks (Lowdermilk [et al.], 2002; Ellis & Beckmann, 1886).

A reflexão sobre esta definição partilhada por alguns peritos desencadeou duas propostas de alteração da definição. A primeira centrada no termo "intermitente" e a segunda no termo "apagamento".

Algumas enfermeiras sugeriram a alteração do adjectivo *intermitente,* presente na definição, por «irregular» justificando que "*irregular define melhor a dor de falso trabalho de parto*". Mais uma vez nos confrontamos com uma situação em que a questão está no uso de adjectivos utilizados para caracterizar o fenómeno.

O termo *intermitente* é definido por Torrinha (1999) como algo que tem interrupções ou intervalos, que não é contínuo. No Dicionário de Medicina (2002) este conceito (*intermittentt*) é definido como algo que ocorre em intervalos, com períodos de actividade e inactividade. *Irregular* é, por seu turno, definido como algo não regular, desigual (Torrinha, 1999). Ou seja, estes dois termos referem diferentes características do fenómeno.

O termo *intermitente*, ao qual é associado uma definição, pode ser utilizado para caracterizar o fenómeno de enfermagem quanto à sua frequência, significando que este se desenvolve com paragens, ou pausas periódicas (CIPE®, 2000).

Por um lado, *intermitente* refere a descontinuidade do fenómeno, isto é, existem períodos em que ocorre o fenómeno e outros em que não, tal como acontece na sensação de dor causada pelas contracções uterinas; por outro, *irregular* refere a particularidade de o fenómeno não ser regular, isto é, não é constante, é variável, tal como acontece com a sensação de dor - por vezes é sentida mais intensa e outras vezes menos.

Na bibliografia o uso do termo regular/irregular é frequentemente utilizado para caracterizar a contracção uterina desencadeadora deste tipo de dor (Lowdermilk [et al.], 2002; Bobak [et al.], 1999, Neeson, 1995). Por exemplo, Neeson (1995), na distinção que faz entre verdadeiro e falso trabalho de parto recorre à sensação provocada pela contracção para os diferenciar. Assim, na opinião desta autora, a sensação da dor de falso trabalho de parto manifesta-se com *irregularidade*, ao contrário da sensação de dor de trabalho de parto, que é *regular*. Ou seja, as contracções uterinas, associadas ao trabalho de parto, são caracterizadas pela sua regularidade.

No entanto, fomos averiguar qual era o termo usado na versão original (inglês) da ICNP®[25]. O termo utilizado é *intermitted*, particípio passado do verbo «intermit», cuja tradução para português é suspender, interromper, descontinuar. Na versão original, é usado um verbo e não um adjectivo como acontece na versão portuguesa, porém, o sentido da definição não parece ter sido adulterado.

De facto, tanto na linguagem das enfermeiras como na pesquisa realizada, verificámos que o termo *irregular* parece ser o termo indicado para designar as características das contracções uterinas presentes nestas situações. Assim, parece justificada a sugestão de alteração, na versão portuguesa, do termo «intermitente» para o termo «irregular».

---

[25] ***False Labour Pain*** is a type of Labour Pain with the specific characteristics: Sensation of local abdominal pain that first appear to be labour pains but are ineffective pains not accompanied by effacement and dilatation of cervix, intermitted, short and mild pain which does not radiate from back to front; sensation of pain is often reported as deep, cramping but mild pain failing to become stronger.

A outra proposta de alteração da definição é a substituição do termo "apagamento" por *extinção*. Estes termos são usados na literatura, indistintamente, para designar o processo de adelgaçar e encurtar o colo uterino por acção das contracções uterinas. Alguns autores usam o termo *apagamento* (Neeson, 1995; Ellis & Beckmann, 1886) e outros *extinção* (Graça [et al.], 2000) para designar o fenómeno. O termo apagamento parece ser usado nos livros traduzidos para português, em particular em livros brasileiros. Todavia no dicionário de português (Torrinha, 1999) estes termos (apagar/extinguir) são sinónimos. Assim, parece poder usar-se indistintamente tanto um termo como outro.

Do confronto da definição apresentada pela CIPE® com o exposto, identificámos aspectos que parecem carecer de precisão. É disso exemplo, a referência à "*sensação de dor ...conotada como dor de trabalho de parto mas que se revela ineficaz*" que traduz uma noção diversa do que, de facto, acontece. Efectivamente, o que pode ser caracterizado de "ineficaz", isto é, inconsequente, são as contracções uterinas e não a dor (dor é aquilo que a grávida diz sentir e existe quando a grávida diz que existe).

Por outro lado, conforme já referimos no capítulo anterior, o termo habitualmente usado pelos diferentes autores para caracterizar o ritmo das contracções uterinas é regular/irregular e não "*intermitente*".

Outros termos que traduzem alguma falta de precisão na definição são "*dor curta e forte que não irradia das costas para a frente*" - o "curta" deve estar associada à duração; e "frente" deve estar associada à região inferior do abdómen. Nesta definição, tal como aconteceu na definição de *Contracção uterina*, volta a surgir o termo "forte" para caracterizar a dor, o qual deve traduzir a noção de intensidade.

Proposta de alteração a ponderar:

- alterar o termo que designa este foco da prática de *Dor sem trabalho de parto* para **Dor de falso trabalho de parto**, na versão portuguesa;
- substituir o termo "*intermitente*" por "**irregular**";
- substituir o termo "*frente*" por "**região inferior do abdómen**";
- substituir o termo "*forte*" por "**intensa**";

- substituir o termo "*dor curta*" por "**dor de curta duração**".
- retirar da definição "*que se revela ineficaz*";

Abortar
expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida (CIPE®, 2000).

A definição de aborto foi alvo de vários comentários que apontam sugestões de alteração da definição. Uma dessas sugestões está relacionada com a clarificação do conceito de «feto» e «embrião» pois, na opinião da enfermeira, "aborto não é somente expulsão/remoção de um feto não viável ou gravidez mal sucedida é também expulsão de um "ovo branco", de um embrião (o mais comum)". De facto, a definição refere apenas o "feto".

Lowdermilk *et al.* (2002:873) definem feto como "*criança no útero a partir da nona semana de concepção até ao nascimento*". Até à oitava semana é designado por «embrião». No entanto, o rigor imprimido na definição de feto ou embrião pode não colidir com a definição da CIPE® já que esta acrescenta "*gravidez mal sucedida*".

Aborto é definido por Mattar *et al.* (2003) como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade do produto de concepção. Suddarth realça as características de viabilidade do feto (idade gestacional e peso), afirmando que aborto corresponde ao "*término da gravidez a qualquer momento antes de o feto ter chegado à viabilidade (vinte semanas de gestação ou peso fetal de 500 gramas)*" (1994:868). A OMS estabelece como limite as vinte e duas semanas completas de gestação, 500 gramas ou 16,5 centímetros.

Ellis & Beckmann (1986) afirmam que aborto é geralmente definido tendo em consideração, por um lado, o peso inferior a 500 gramas e, por outro, a idade gestacional inferior a 20 semanas. Estes autores citam a definição proposta pelo Committee on Terminology of the American College of Obstetrics and Gynecology: "*expulsão ou extracção de toda ou parte da placenta ou membranas, sem feto identificável, ou com uma criança nascida viva ou nascida morta com menos de 500 gramas. Na ausência de peso conhecido, pode-se utilizar um período calculado de gestação inferior a 20 semanas*" (1986:401).

De facto, os limites entre aborto e parto pré-termo têm sofrido algumas alterações, de acordo com os progressos científicos e tecnológicos, ao longo do tempo (Lowdermilk [et al.], 2002; Bobak [et al.], 1999; Ellis & Beckmann, 1986). Actualmente, a zona de charneira de viabilidade fetal situa-se nas vinte semanas de gestação ou 500 gramas de peso da criança (Soares, 2000). Em termos clínicos, esta designação refere-se tanto a um aborto espontâneo como a uma interrupção clínica da gravidez (aborto provocado) (Berkow, 2000).

Aborto (espontâneo) é, ainda, definido por Berkow como "*a perda de um feto por causas naturais antes das vinte semanas de gravidez*" (2000:1186). Pode ainda ser classificado em precoce (quando a interrupção ocorre até às doze semanas) ou tardio (quando a interrupção ocorre entre as treze e as vinte e duas semanas). Na classificação dos autores citados anteriormente, quando a expulsão ocorre antes das 22/23 semanas designa-se por aborto, quando ocorre depois desta idade gestacional é designado de parto (parto pré-termo) e, legalmente, torna-se necessário o certificado de óbito.

Outro aspecto, referido pelos peritos, está relacionado com o limite da idade gestacional habitualmente implicado no conceito aborto mas não contemplado na definição. Na opinião de uma enfermeira do painel de peritos, "aborto tem a ver com uma gravidez mal sucedida mas antes das 22 semanas de idade gestacional (o tempo de gestação é determinante para distinguir entre um trabalho de abortamento e um trabalho de parto)."

Alguns peritos referiram, também, o facto da definição apresentada pela CIPE® não incluir um outro parâmetro, vulgarmente usado para definir aborto, que é o peso do feto. Na opinião de uma enfermeira pertencente ao painel de peritos, a definição de aborto terá que referir o "embrião/feto removido ou expulso do útero até às 20 semanas de gestação ou pesando até 500 gramas". Efectivamente, vários autores incluem o peso no conceito de aborto que apresentam (Bobak [et al.], 1999; Lowdermilk [et al.], 2002, Graça [et al.], 2000; Ellis & Beckmann, 1986).

Pelo exposto, parece-nos que a definição da CIPE® poderia adquirir maior precisão, e dessa forma contribuir para facilitar o diagnóstico diferencial, se fossem acrescentadas as características definidoras referidas pelos diversos autores citados.

Proposta de alteração a ponderar:

- alterar a definição de *Abortar* de "*expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida*" para **interrupção da gravidez antes das 22 semanas de idade gestacional ou 500 gramas de peso do produto de concepção.**

4.2.Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período intra-parto: focos particulares da prática

Durante o período intra-parto, constituem conceitos específicos, para descrever as áreas de atenção dos enfermeiros, os focos da prática: *Contracção uterina*, *Expulsão uterina*, *Dor de trabalho de parto*, *Trabalho de parto* e *Nascimento*.

Contracção uterina

endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero, durante o trabalho de parto, começam com moderação e tornam-se muito fortes quando o trabalho de parto está adiantado, chegando a ocorrer de dois em dois minutos e durando mais de um minuto; a sua função é dilatar o canal de parto, diminuir o tamanho do útero, dilatar completamente o colo uterino e empurrar o feto pelo canal de parto (CIPE®, 2000).

O útero é um órgão central no desenrolar do trabalho de parto em particular devido à acção da camada muscular. A contractilidade é uma propriedade inerente ao músculo liso em geral e ao miométrio em particular. A parede do útero é composta por três camadas, entre as quais o miométrio, responsável pelas contracções necessárias para a expulsão do feto, através do canal de parto. As fibras musculares lisas que constituem o miométrio adoptam uma disposição diferente a nível do corpo e a nível do colo. A nível do colo, o músculo é menos espesso que no corpo, sendo sobretudo formado por fibras circulares.

Durante o trabalho de parto, o útero sofre modificações estruturais importantes que lhe conferem uma arquitectura anatómica formada por duas partes: o segmento superior e a porção inferior. O segmento superior concentra a maior parte das fibras musculares que se contraem activamente durante o trabalho de parto, aumentando de espessura à medida que este evolui. A porção inferior, formada pelo segmento inferior e colo uterino, é relativamente passiva, sofrendo adelgaçamento progressivo para facilitar a descida fetal (Machado, 2000).

As contracções uterinas são essenciais para o desenrolar do trabalho de parto. Aliás, Berkow refere que o processo do parto consiste numa "*série de contracções uterinas rítmicas e progressivas que gradualmente fazem descer o feto pelo colo uterino (a parte inferior do útero) e pela vagina (canal de parto) para o exterior*" (2000:1120). As contracções são involuntárias e absolutamente independentes do controlo extra-uterino (Graça, 2000). A intensidade das contracções uterinas constitui, efectivamente, a força de maior importância para o processo de trabalho de parto e nascimento, sendo determinantes para o desenrolar do trabalho de parto tanto pela sua intensidade, como pela sua regularidade.

A definição de contracção uterina motivou por parte dos peritos, algumas sugestões do seu conteúdo. As sugestões estão relacionadas, por um lado, com a função das contracções uterinas e, por outro, com a precisão/rigor imprimida na definição.

Em relação às sugestões que apontam para as funções das contracções, algumas enfermeiras pertencentes ao painel de peritos, alegam, nos comentários sobre a definição, que "as contracções uterinas têm como função extinguir e dilatar o colo do útero, expulsar o feto e a placenta após o nascimento, a contracção uterina tem como função formar o Globo de Segurança de Pinard e, posteriormente, de auxiliar o útero a diminuir de tamanho".

Às funções contempladas na definição - dilatar o canal de parto, diminuir o tamanho do útero, dilatar completamente o colo uterino e empurrar o feto pelo canal de parto - as enfermeiras acrescentam: a extinção do colo, a hemostase e a involução uterina.

De facto, algumas destas funções das contracções uterinas são apontadas por alguns autores, nomeadamente Neeson (1995) e Graça *et al.* (1999) que indicam quatro funções da contracção uterina: (1) extinguir e dilatar o colo uterino; (2) facilitar a descida e rotação do feto; (3) libertar e expulsar a placenta depois do nascimento; (4) manutenção da hemostase depois da expulsão da placenta, por compressão dos vasos sanguíneos pelas fibras musculares (Raffensperger, 2002; Graça, 2000; Suddarth, 1994; Neeson (1995) e Graça [et al.], 1999). Este processo (hemostase) é caracterizado por uma *contracção uterina persistente* (Bobak [et al.], 1999) que comprime os vasos intra-miometriais (Lowdermilk [et al.], 2002). A função, em particular a que refere o



"libertar e expulsar a placenta depois do nascimento" (CIPE®, 2000:37), está contemplada em outro foco da prática - *Expulsão uterina*.

Não passou despercebida, aos peritos, a ausência, na definição de Contracção uterina da CIPE®, o facto de serem "*responsáveis pela hemostase*". Importa, ainda, realçar que esta dimensão da contracção uterina (contracção do útero pós-parto) não está contemplada em nenhuma das definições de foco da prática apresentada na CIPE®.

Alguns peritos acrescentaram, ainda, que "as contracções uterinas também são responsáveis pelo retorno do útero ao tamanho anterior à gravidez". De facto, após a expulsão do feto, o útero continua a contrair-se ritmicamente, mas a frequência das contracções diminui progressivamente, permitindo, no entanto, a diminuição do tamanho e expulsão do conteúdo do útero (Graça [et al.], 2000). Este aspecto assume particular interesse no período pós-parto na apreciação da involução uterina. À semelhança do que foi referido anteriormente, a contracção uterina após o parto também não está contemplada na definição da *Contracção uterina* enquanto foco da prática. Reconhecida esta realidade como área de atenção dos enfermeiros, constitui um desafio sugerir este conceito como um foco da prática a incluir na CIPE®.

A definição de *Contracção uterina* apresentada pela CIPE® traduz as noções de contracção uterina apresentada pelos diferentes autores. No entanto, a definição carece de rigor em algumas das suas partes, nomeadamente quando refere "*tornam-se muito fortes*" "*trabalho de parto adiantado*" e "*dilatar o canal de parto*".

O significado atribuído a "*tornam-se muito fortes*" parece ir de encontra à descrição das características das contracções na fase activa - aumento da amplitude/intensidade de 20-30 mmHg e, à medida que o trabalho de parto progride, eleva-se para os 50 mmHg. De facto, as contracções uterinas têm características diversas de acordo com o momento do trabalho de parto em que ocorrem.

Durante o primeiro período do trabalho de parto, em particular durante a fase latente, as contracções são pouco frequentes e irregulares, que facilitam a extinção do colo uterino; na fase activa, as contracções tornam-se regulares, com intervalos de dois a três minutos, aumentando de amplitude - no início atinge os 20-30 mmHg e, à medida que o

trabalho de parto progride, eleva-se para os 50 mmHg e ocorrem quatro em dez minutos (Graça, 2000; Rezende, 1995). Quando a contracção atinge determinada intensidade (quando ultrapassa os 10 mmHg), tornar-se perceptível à palpação abdominal e provoca dor, que é sentida de modo próprio por cada mulher individualmente. De facto, a amplitude (intensidade) constitui uma das características definidoras da contracção uterina. A *amplitude* é a medida (em mmHg) da pressão na cavidade amniótica, sendo calculada pela diferença entre o tónus basal e o vértice da contracção. As fases das contracções uterinas são três: ascendente (período em que aumenta a intensidade da contracção); ápice (momento em que a contracção atinge maior intensidade); e, descendente (período em que diminui a intensidade). Na fase activa a amplitude das contracções atinge os 50-70 mmHg.

Outras características que concorrem para a definição deste foco da prática são a sua duração, frequência e ritmo. A *duração* é a medida (em segundos) do tempo em que ocorre a contracção. Na fase activa, cada contracção demora, em média, 45 a 90 segundos. Uma duração inferior a 45 segundos pode estar associada a trabalho de parto disfuncional (progressão lenta); se superior a 90 segundos pode interferir com o fluxo útero-placentário comprometendo, por essa via, a oxigenação fetal. A *frequência* é dada pelo número de contracções que ocorrem em cada dez minutos. Na fase activa a frequência é de 3-4 contracções em cada dez minutos enquanto no segundo período do trabalho de parto (expulsivo) ocorrem 4 a 5 contracções no mesmo intervalo de tempo. A taquissistolia uterina caracteriza-se pelo aparecimento de cinco ou mais contracções num período de dez minutos. Esta circunstância interfere tanto com a progressão adequada do trabalho de parto como pode conduzir a comprometimento na oxigenação fetal (Machado, 2000). Deverá existir regularidade na ocorrência das contracções uterinas e intervalos, para que a progressão do trabalho de parto decorra conforme o previsto.

Em relação ao rigor das definições da CIPE® registaram-se algumas observações interessantes. As enfermeiras do painel de peritos questionaram o significado atribuído à parte da definição que refere "dilatar o canal de parto". O canal de parto, também designado por «trajecto», é composto (1) pela pelve óssea, (2) pelos tecidos moles do colo uterino, (3) pelo pavimento pélvico e vagina (Lowdermilk [et al.], 2002), dos quais

apenas os segundos sofrem alterações. De facto, o canal de parto não se dilata! O que sofre alterações, condicionadas pelo efeito das contracções uterinas, é o colo do útero (extinção e dilatação).

Outra parte da definição que suscitou alguma dúvida nas enfermeiras foi "quando o trabalho de parto está adiantado". O adjectivo «adiantado», na sua opinião, carece de precisão. De facto, quando é que o trabalho de parto está adiantado? Na fase activa, a partir dos 3 cm, colo extinto, com contracções uterinas rítmicas e regulares numa frequência de 3/4 em cada dez minutos até à fase de transição? Sem critérios que nos permitam operacionalizar tal condição, permanece a incerteza... Esta definição carece de discussão com os responsáveis pela concepção da CIPE®, no sentido de clarificar o sentido imposto ao conteúdo, para que, desse modo, se possam escolher os termos mais adequados na versão em português.

Assim, o significado associado a "adiantado" pode ser associado à fase activa do trabalho de parto, isto é, na fase em que o colo se dilata a maior ritmo até ser atingida a dilatação completa (Machado, 2000).

Por outro lado existem termos que, para além de serem culturalmente ajustados, são os vulgarmente utilizados na literatura. Por exemplo, os enfermeiros, na sua prática, designam por *descida fetal* aquilo que na definição é referido como "*empurrar o feto pelo canal de parto*".

Existe um aspecto referido na definição que nos causou alguma estranheza e para o qual não conseguimos encontrar qualquer sustentação ou negação, que é "*diminuir o tamanho do útero*" durante este período.

Proposta de alteração a ponderar:

- substituir "*tornam-se muito fortes quando o trabalho de parto está adiantado*" por "**gradualmente mais intensas**";
- alterar "*empurrar o feto pelo canal de parto*" para "**facilitar a descida fetal**";
- retirar da definição "*dilatar o canal de parto*".

Expulsão uterina

contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas (CIPE®, 2000).

A CIPE® classificou as contracções do útero que ocorrem durante o trabalho de parto em dois focos da prática. Um que refere as contracções uterinas que ocorrem durante o primeiro período de trabalho de parto - contracções uterinas responsáveis pela dilatação do colo uterino e descida fetal; e um outro que refere as contracções uterinas responsáveis pela expulsão tanto do feto como da placenta. Parece-nos que a principal razão desta separação é o envolvimento da musculatura abdominal na expulsão. No entanto, a apreciação das características das contracções uterinas permanecem as mesmas.

A expulsão do feto e da placenta e membranas está associada ao segundo (expulsão do feto) e terceiro (expulsão da placenta e membranas) períodos do trabalho de parto. Durante a parte inicial da segunda etapa, a actividade uterina diminui de intensidade e frequência. Porém, com o evoluir desta etapa, a frequência das contracções vai aumentando, atingindo duração entre os 60 e os 90 segundos, com intervalos entre um e três minutos e intensidade 50 mmHg.

Em relação à definição de expulsão uterina, os peritos pronunciaram-se no sentido de alterar a redacção da definição. Na sua opinião, a expulsão uterina corresponde à "*expulsão do feto, placenta e membranas através do canal de parto com a ajuda de contracções uterinas e abdominais*". Esta noção de expulsão uterina não contraria o sentido apresentado na definição - processo corporal não intencional (*Função*) que refere contracções voluntárias dos músculos estriados envolvidos no movimento do corpo e contracções involuntárias dos músculos lisos envolvidos nos movimentos dos órgãos (*Movimento muscular*) em particular contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas (CIPE®, 2000).

Ponderados os argumentos, entendemos que a definição da CIPE® é mais adequada, porque mais rigorosa. De facto, a expulsão uterina refere um acontecimento no tempo

por isso a necessidade de o balizar impondo-lhe limite temporal: desde o início das contracções até estar completa a expulsão da criança, placenta e membranas. A questão da repetição das palavras parece-nos secundária e admitimos, mesmo, que a sua eliminação poderia retirar precisão no processo diagnóstico.

Assim sendo, pode afirmar-se que estas contracções desencadeiam dor intensa que provocam na mulher, como mecanismo de defesa, o "puxar", isto é, esforços voluntários recorrendo aos músculos abdominais para auxiliar a expulsão fetal. A descida da apresentação fetal ao longo do canal de parto estimula os nervos sagrados e obturadores, o que desperta uma necessidade urgente de realizar esforços expulsivos. São características deste período as contracções da musculatura abdominal com a glote fechada, esforços respiratórios designados habitualmente por «puxos» (Rezende, 1995).

Na definição apresentada na CIPE® parece estar representado este conceito, excepto o sentido doloroso das contracções (tal como foi associado às contracções uterinas de dilatação cervical). Por isso a sugestão seguinte.

Proposta de alteração a ponderar:

- acrescentar à definição a característica definidora "**dor**" (dolorosas);

Dor de trabalho de parto
sensação de dor de intensidade e frequência crescentes associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto (CIPE®, 2000).

As contracções uterinas são dolorosas mas o mecanismo da dor não está completamente esclarecido (Brazão, 2000). São apresentadas como hipóteses: (1) hipóxia do miométrio provocada pela compressão dos vasos que o irrigam; (2) compressão de nervos e gânglios nervosos do colo e segmento inferior do útero, pela contracção dos feixes musculares; (3) estiramento do colo uterino durante a dilatação; (4) estiramento do peritoneu adjacente (Raffensperger, 2002; Machado, 2000). Habitualmente não existe percepção de dor quando a intensidade da contracção é inferior a 15 mmHg (Rezende, 1995).

A dor, durante o primeiro período do trabalho de parto, é causada principalmente pelas contracções uterinas, adelgaçamento do segmento inferior do útero e dilatação do colo;

no segundo período, a dor resulta, tanto da contracção uterina como da distensão da vagina, vulva e períneo; no terceiro período, a dor é causada pela passagem da placenta pelo colo associada à dor da contracção uterina (Brazão, 2000; Oxorn, 1989).

Quando a dilatação fica completa, diminui a influência dos estímulos nociceptivos dessa zona. No entanto, as contracções do corpo uterino e a distensão do segmento inferior continuam a manter as dores nas mesmas áreas de distribuição do primeiro período. A estes juntam-se os estímulos provocados pela compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, pela distensão do períneo e pela tracção da saída do feto. Este tipo de dor tem características somáticas intensas e bem localizadas. Tendo origem na áreas de enervação dos nervos pudendos, é causada pelo estiramento das fáscias, dos tecidos subcutâneos e pela compressão sobre os músculos esqueléticos e aponevrose da zona perineal (Brazão, 2000).

À medida que progride o trabalho de parto, as dores tornam-se mais intensas e mais frequentes, estendendo-se à região infra-umbilical, lombar alta e sagrada (Brazão, 2000). Efectivamente, a dor durante o trabalho de parto muda de características de acordo com o período de trabalho de parto pois, também, os estímulos variam. Esta noção é traduzida pelos tipos de dor de trabalho de parto propostos na CIPE®: *Dor da dilatação cervical* e *Dor do período expulsivo*.

A definição deste foco da prática foi consensual entre os peritos. Não obstante, uma enfermeira discordou da limitação da dor de trabalho de parto "associada às contracções do útero e à dilatação cervical" sugerindo a inclusão de "extinção cervical". Na opinião desta enfermeira a definição deveria referir "*a dor que envolve dilatação e extinção cervical*". Esta sugestão está conforme o que nos referem alguns autores, quando afirmam que durante o primeiro período do trabalho de parto a dor deve-se principalmente às contracções uterinas que provocam: (1) a extinção e dilatação do colo; (2) isquemia uterina (resultante da diminuição da irrigação sanguínea e consequente défice de oxigenação local); e, (3) distensão do segmento inferior (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000; Bobak [et al.], 1999; Neeson, 1995). Assim, parece-nos de relativo interesse a inclusão do processo de "extinção cervical" na definição de dor de trabalho de parto proposta pela CIPE®.



Trabalho de parto

evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta (CIPE®, 2000).

O trabalho de parto (*labour*) corresponde ao "*processo compreendido entre o começo da dilatação do colo uterino e a expulsão da placenta*" (Dicionário Oceano Mosby, 2002:978) que toma por principal objectivo "*a expulsão de feto vital, para o mundo exterior, através das vias genitais*" (Rezende, 1995:279). Apesar de cada parto ser diferente, a maioria segue um padrão estabelecido (Berkow, 2000). Rezende (1995) acrescenta, ainda, que é sob a acção das contracções uterinas, a princípio como principal factor e depois com o auxílio do esforço muscular da parede abdominal, que esse trabalho se desenvolve.

Graça *et al.* (2000) afirmam que o trabalho de parto tem início quando se instalam contracções uterinas dolorosas ao mesmo tempo que o colo do útero inicia a extinção e a dilatação. Segundo o Dicionário Médico (2002), os sinais, ou seja, as características definidoras de trabalho de parto, são (1) as contracções uterinas que aumentam em frequência e intensidade sendo referidas pela mulher como dolorosas e regulares; (2) a dilatação e extinção progressivas do colo do útero; e, (3) a descida da apresentação fetal. Assim, para que a definição de trabalho de parto possa reflectir o conceito mais usual na prática, conceito este que é partilhado por alguns autores, deve incluir estes parâmetros como características definidoras.

O diagnóstico de trabalho de parto é possível quando se verifica a presença de, pelo menos, duas contracções uterinas rítmicas e dolorosas, a cada dez minutos, com duração de cerca de 30 a 50 segundos, promotoras de modificações cervicais (Mattar [et al.], 2003). Todavia, o desenrolar do trabalho de parto depende tanto das dimensões pélvicas e da sua adequação para a passagem do feto, como da apresentação fetal e da eficácia das contracções uterinas (Suddarth, 1994). Para além das características fisiológicas, a avaliação deste processo tem em linha de conta dados como idade materna, peso materno, intervalo entre os nascimentos, idade gestacional, posição fetal, estado do saco amniótico, local de implementação da placenta, posição da mãe durante o trabalho de parto, autocontrolo e medicamentos administrados (Raffensperger, 2002).

Machado define trabalho de parto como o "*conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior*" (2000:349). Esta autora apresenta uma divisão clínica do trabalho de parto em três períodos: extinção e dilatação do colo; período expulsivo; e, dequitadura. O primeiro período decorre desde o início das contracções uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo; o segundo período começa na dilatação completa e termina com a expulsão do feto; o terceiro período decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas; e, o quarto período, também designado por período de Greenberg, tem início após a expulsão da placenta e membranas, durando pelo menos uma hora.

Para a concretização deste conjunto de fenómenos concorrem determinadas circunstâncias, nomeadamente modificações cervicais (extinção e dilatação do colo) e progressão da apresentação para o exterior. Os principais mecanismos do trabalho de parto são constituídos por uma série de ajustes passivos da posição do feto à medida que este desce pelo canal de parto. São eles: descida, flexão; rotação interna; extensão; restituição; rotação externa e expulsão (Figura 16).

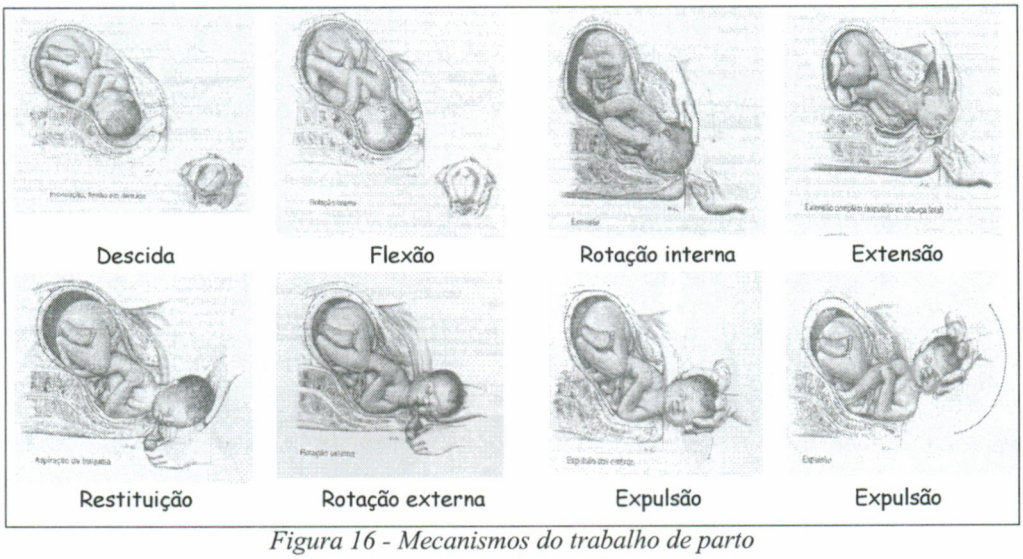


Figura 16 - Mecanismos do trabalho de parto

Um perito questionou o rigor das palavras utilizadas na definição pondo em dúvida o significado de "princípio da dilatação" a que a definição faz referência já que, na sua opinião, "*existem grávidas com dilatação que estão em casa e não estão em trabalho de parto*".



De facto, a definição de *Trabalho de parto* que a CIPE® apresenta, inclui nos processos perinatais aqueles que ocorrem desde o "*princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta*" (CIPE®, 2000:46). Este foi o aspecto que desencadeou maior desacordo entre as enfermeiras do painel de peritos. Na opinião de vários peritos, o trabalho de parto é caracterizado como tendo quatro períodos: dilatação, expulsivo, dequitadura (expulsão da placenta e membranas) e período de hemostase (até duas horas após a dequitadura) logo a sua definição tem que incluir este período.

A grande maioria dos autores, em congruência com a definição de parto que apresentam, sugerem apenas os primeiros três períodos de divisão clínica de trabalho de parto. O parto é, para estes autores, entendido como o processo fisiológico pelo qual o útero expulsa o feto, placenta e membranas através do canal do parto, consequentes à acção das contracções uterinas (Dicionário Médico, 2002; Lowdermik [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000; Bobak [et al.], 1999; Ellis & Backmann, 1986). A esta definição Freitas *et al.* (1993:23) acrescenta ainda "*após a 20.ª semana de gestação*".

No entanto, o trabalho de parto é, tradicionalmente, dividido em quatro períodos (Neeson, 1995; Freitas [et al.], 1993). O *primeiro período* tem início com as contracções uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. O *segundo período* começa com a dilatação completa e termina com o nascimento do feto. O *terceiro período* decorre desde o nascimento do feto e termina após a expulsão da placenta. O *quarto período* tem duração de aproximadamente uma hora, a partir da expulsão da placenta. A primeira hora após a expulsão da placenta, a que também Suddarth (1994) denomina de quarto período de trabalho de parto de Greenberg,[26] é um período crítico devido ao risco de hemorragia que pode ocorrer nesta altura (Mattar [et al.], 2003; Suddarth, 1994). Segundo os diversos autores, após a expulsão da placenta, a perda excessiva de sangue (hemorragia pós-parto[27]) e a laceração constituem as principais áreas de atenção dos enfermeiros, o que recoloca, de algum modo, a questão. De facto, alguns autores, nomeadamente Greenberg, introduziram este 4º período, mais pela importância que lhe é atribuído do que pelo facto de constituir efectivamente um

26 Greenberg em 1960 propôs considerar um quarto período - primeira hora seguinte à expulsão da placenta, pelos riscos de complicações passíveis de acontecer nesta altura (Rezende,1995).

27 Lowdermilk *et al.* (2002) define a hemorragia pós parto como a perda de sangue acima dos 500 ml, nas primeiras 24 horas após o parto.

período do trabalho de parto. No entanto, apesar desta designação, pela importância que é atribuída ao pós-parto imediato, o período de Greenberg, de facto, "*não é parte do trabalho de parto*" (Raffensperger, 2002:749).

Por isso, a definição representada na CIPE® parece incluir, de facto, todos os aspectos que referem este processo perinatal. Assim, ao contrário das observações e propostas de características definidoras, referidas no início do texto, que parecem assumir-se como relevantes para melhor caracterizar o *Trabalho de parto*, as observações, relativas aos períodos de divisão do trabalho de parto, apesar de discutíveis, não parecem particularmente oportunas, dada a coerência da definição proposta pela CIPE®.

Nascimento

evento de parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser humano (CIPE®, 2000).

A propósito da definição, uma enfermeira fez uma observação relacionada com o termo "*parir*". Na opinião desta enfermeira "*parir tem a ver com parto via vaginal e o acontecimento de nascer pode ser via abdominal ou vaginal*".

Na versão original, *Nascimento* é definido como "*event of giving birth to a child by bringing a new person into the world*" (ICNP, 1999). Daqui se depreende que «giving birth» foi traduzido como «parir». No dicionário inglês-português esta expressão é traduzida como «dar à luz».

De facto, o termo «parir» é entendido, por diversos autores, com acepções semelhantes. No Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001) é entendido como sair ou expelir através do útero. Torrinha define-o como dar à luz (1999). Morten (1992) define «parir» como o termo popular utilizado para caracterizar o período expulsivo, isto é, aparecimento de contracções regulares intensas que surgem após efectuada a dilatação do colo do útero. Berkow (2000) entende o nascimento como uma realidade integrada no conceito de «dar à luz» Para o mesmo autor, «dar à luz» é a passagem do feto e a expulsão da placenta (após o nascimento) do útero para o exterior. Quando a cabeça do feto se torna visível, o nascimento está eminente. O corpo roda de lado para que os ombros possam sair com facilidade, primeiro o anterior e depois o posterior. O resto do corpo exterioriza-se depois com rapidez. Para o desenrolar deste processo concorrem quatro factores, designados por os «quatro P»: a passagem, o passageiro, o poder e a

psique. Efectivamente, a anatomia pélvica materna deve proporcionar o canal -*passagem*- para a travessia do feto; o feto -*passageiro*- deve encontrar-se em posição favorável para a sua expulsão; as contracções uterinas- *poder*- devem ser rítmicas, coordenadas e eficazes; e, os esforços maternos - *psique*- devem ser adequados para a expulsão do feto. As diversas acepções parecem reportar apenas para o nascimento via vaginal.

Correia (1998) refere-se ao nascimento como um momento de transição, isto é, o nascimento constitui o momento em que a mulher passa a mãe e o feto passa do ambiente intra-uterino para o ambiente extra-uterino. Pelo exposto, o nascimento parece poder ser entendido tanto como um momento como um processo.

Thompson (1977) diferencia «nascimento» de «parto» afirmando que, enquanto o «parto» compreende a expulsão de todos os produtos de concepção incluindo o feto e anexos (placenta e membranas), por «nascimento» entende-se a saída do feto. Deste modo, um parto pode compreender mais que um nascimento, por exemplo numa gravidez gemelar haverá um parto mas dois nascimentos.

O conceito apresentado na CIPE® adopta a concepção de nascimento enquanto momento, designando-o por "*evento*". Este facto suscita algumas interrogações, uma das quais de difícil resposta: como pode ser entendido como um momento se pertence ao domínio Função, isto é, se é considerado um "*processo corporal não intencional*"?

Por outro lado, constatamos que esta noção de expulsão do feto está também incluída no conceito de trabalho de parto. Esta conjuntura faz-nos voltar à questão que já tínhamos formulado no capítulo anterior: porque foi incluído o mesmo conceito em dois focos da prática? Será que traduzem diferentes olhares para o mesmo aspecto de saúde, isto é, o trabalho de parto "olha" a expulsão do feto pelo lado interno (de mecanismos que concorrem para a sua expulsão) e o nascimento pelo lado externo (saída do feto e surgimento do recém-nascido)? Pensamos que a resposta a estas dúvidas terá por base os fundamentos que presidiram a esta decisão taxonómica de incluir estes dois conceitos e de os considerar no mesmo nível de abstracção.

Outra questão que se levanta está relacionada com a parte da definição que refere "*trazendo ao mundo um novo ser humano*". É estranho que só a partir do momento em que o feto passa a ser recém-nascido (nascimento) se considere existir *Ser Humano* (entendido como *qualidade da espécie humana no âmbito da enfermagem*). A ser assim, pelo menos para efeitos desta classificação, o feto não é classificado como ser humano?

Confrontadas com esta questão, fomos analisar a versão em inglês. Nesta verificamos que o termo utilizado «*person*» foi traduzido por ser humano. No entanto, aquele termo também pode ser traduzido por pessoa, indivíduo ou ser humano.

Este é um assunto que nos coloca, mais uma vez, perante a dificuldade de, na tradução, escolher as palavras que melhor encerrem o conceito que se pretende transmitir e, sobre o qual, vale a pena reflectir. De facto, na literatura, o feto é considerado ser humano a partir da nona semana de gestação (Lowdermilk [et al.], 2002; Graça [et al.], 2000), possuindo qualidades da espécie humana, constituindo, por essa via, um aspecto de saúde relevante para a prática de enfermagem.

Para efeitos desta classificação, não será que, desde esta fase do desenvolvimento, a criança já possuiu as características intrínsecas de um ser humano e que a distinguem de um grupo de seres humanos, possuindo, também, processos corporais não intencionais? Não será que o *Nascimento* é o momento a partir do qual a criança inicia o seu desenvolvimento, enquanto agente intencional que desempenha acções motivadas por razões baseadas em crenças, desejos e valores? Estas são algumas das interrogações às quais urge, num futuro próximo, responder.

De facto, vale a pena discutir estas questões, principalmente envolvendo o grupo de discussão que o CIE criou para discutir aspectos da CIPE®.

4.3. Conceitos que contribuem para a concepção dos cuidados no período pós-parto: focos particulares da prática

No que concerne ao período pós-parto, identificámos apenas dois focos da prática exclusivos no contexto de um serviço de obstetrícia: *Ingurgitamento mamário* e *Mastite da lactação*.

Ingurgitamento mamário

tumefacção e aumento de peso da mama, acompanhados de acumulação de leite nos canais secretores da mama; associado ao nascimento de uma criança (CIPE®, 2000).

Alguns peritos pertencentes ao painel concordaram, genericamente, com a definição associada a este foco da prática, contudo sugeriram um conjunto de características definidoras, para ajudar no processo diagnóstico deste fenómeno: "*dor localizada*" e "*aumento da sensibilidade nas mamas*", "*aumento do endurecimento*", "*subida da temperatura*" e "*calor nas mamas*".

O ingurgitamento mamário constitui um processo no qual a produção de leite é superior à sua libertação, ocorrendo, por isso, estase láctea e/ou congestão vascular e/ou linfática (Mattar [et al.], 2003). A estase láctea pode ocorrer por esvaziamento insuficiente da mama ou por obstrução dos ductos. Esta situação ocorre com maior frequência entre o terceiro e quinto dias pós-parto e permanece até ser restabelecido o equilíbrio. Como se verifica, o distúrbio base, ao contrário do suposto, não se deve ao aumento da produção de leite mas à sua retenção. No entanto, a sua retenção conduz à diminuição da secreção láctea por ausência de esvaziamento da mama. Esta situação tem relação com a lactação, em particular com a dificuldade na secreção do leite, com consequente acumulação de leite nos canais secretores da mama.

A congestão vascular dos tecidos da mama, por aumento do fluxo de líquidos, surge como resposta às hormonas da lactação e à presença de leite. As mamas estão firmes, tensas e quentes, sensíveis e podem parecer brilhantes e esticadas; a aréola torna-se não moldável o que torna difícil a "pega" do bebé (Lowdermilk [et al.], 2002; Bobak [et al.], 1999). Estas autoras acrescentam ainda que "*ficam sensíveis, aumentadas, quentes e duras, podendo até ficar ressecadas e vermelhas*" (2002:567). A ideia de "*aumento do endurecimento*" parece estar associado à "*acumulação de leite nos canais secretores*", (CIPE®, 2000:34) presente na definição.

Assim, esta situação manifesta-se essencialmente por dor e aumento do volume e tensão mamária, isto é, verifica-se a existência de dor à palpação, endurecimento, calor e tensão (mamas cheias de leite/colostro, sensíveis à palpação e com vasos proeminentes) (Mattar [et al.], 2003; Lowdermilk [et al.], 2002; Suddarth, 1994). Devido à distensão e à estase láctea o ingurgitamento predispõe a mastite (Rezende, 1995).

Neste conjunto de características definidoras, que permitem o diagnóstico da situação, existe uma a que os enfermeiros são particularmente atentos - a dor. Esta é a justificação da proposta de sugestão de alteração.

Proposta de alteração a ponderar:

- acrescentar característica definidora "**dor local**" à definição.

Mastite da lactação

congestão dolorosa, ingurgitamento anormal e endurecimento do tecido mamário, dor contínua localizada, com grande sensibilidade e peso das mamas, pode ser associada a infecção relacionada com acumulação de leite nos canais secretores da mama (CIPE®, 2000).

A mastite corresponde a um processo inflamatório localizado na mama. Pode ser, ou não, infecciosa. A mastite não infecciosa resulta do extravasamento do leite para os tecidos adjacentes desencadeando uma reacção «corpo estranho».

A estase láctea num determinado ducto ou a hiperdistensão do tecido mamário podem lesar os tecidos e permitir a instalação de bactérias (habitualmente o *Staphylococcus aureus*) presentes na boca da criança. A maior actividade da glândula mamária e a manipulação intensa das mamas aumenta a probabilidade de uma infecção. Do mesmo modo o mamilo, através dos canais galactófaros ou soluções de continuidade, pode tornar-se uma porta de entrada (Rezende, 1995). Este autor, aponta como factores de risco associados, a esta situação: primiparidade, anomalias do mamilo (umbilicado, plano, etc.), presença de fissuras ou outras lesões e más condições de higiene. No entanto, na opinião deste autor a causa determinante é a sucção da criança. Mattar *et al.* (2003) acrescenta, ainda, como factores de risco associados a higiene pessoal deficitária e ingurgitamento mamário.

Esta situação, quando acontece, ocorre habitualmente entre o final da primeira semana e a quarta semana após o parto.

O diagnóstico faz-se pela observação da existência, ou não, de fissura mamilar, pela presença de sensação dolorosa de peso na mama, que aumenta com a sucção e com os movimentos dos braços; pelo estado da pele tensa e pela presença de estase venosa. À palpação, a glândula revela um ou vários nódulos endurecidos, de superfície irregular e contornos pouco nítidos (Rezende, 1995). Suddarth (1994) refere que a mastite se

manifesta por acentuado ingurgitamento mamário, calafrios, aumento da temperatura corporal, aumento da frequência cardíaca. Quando a inflamação está localizada, podem surgir pontos doridos e sensíveis, calor e rubor. Efectivamente, o sintoma predominante é a dor espontânea pelo simples toque da roupa, mas, sobretudo, a dor provocada pela mamada.

Podem ser, então, consideradas características definidoras desta situação a presença local de (1) calor; (2) dor e hipersensibilidade; (3) edema; e, (4) endurecimento. Pode ocorrer, ainda, a presença geral de: (1) febre (39/40ºC); (2) mal estar; (3) taquicardia; e, (4) calafrios (Mattar [et al.], 2003).

Rezende (1995) refere que a mastite da lactação se manifesta por sinais de inflamação - calafrios, febre, rubor da pele e edema local.

Pela análise dos termos que constituem a definição, que no início nos parecia algo redundante, constatamos que traduziam efectivamente esta área de atenção. De facto, existe uma "*congestão dolorosa*", isto é, ocorre um afluxo anormal de sangue aos vasos da mama devido ao processo inflamatório; existe "*ingurgitamento anormal*", isto é, ocorre uma acumulação excessiva de leite na mama tanto nos ductos como nos tecidos circundantes; existe um "*endurecimento do tecido mamário*" pois os tecidos da mama, devido à presença do leite e à incapacidade de o segregar, tornam-se mais duros e mais consistentes; estas manifestações causam, inevitavelmente, dor e sensibilidade da mama.

4.4. Adenda aos conceitos centrais para a prática de enfermagem num serviço de obstetrícia: representação de novos focos da prática

No decorrer do estudo fomo-nos deparando com um tipo de situação que, apesar de não ser muito frequente, se reveste de particular significado no contexto dos propósitos que nos propomos concretizar. Esta situação poderá sintetizar-se no seguinte: as enfermeiras do serviço de obstetrícia tomam por foco da sua atenção acontecimentos da realidade que não têm tradução nos termos da CIPE®, nem, tampouco, os conceitos que elas lhes associam são sobreponíveis a qualquer das definições dos foco da prática da mesma

CIPE®. Assim, nas páginas seguintes, apresentamos o resultado do aprofundamento dos conceitos associados a estes aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem, bem como, a sugestão do seu posicionamento na estrutura da CIPE®. Neste contexto, propomos como possíveis novos focos da prática: **autocontrolo: trabalho de parto**; **ligação materno-fetal**; **dor pós-parto**; **contracção uterina pós-parto (involução uterina)**; e, **bem estar fetal**.

Autocontrolo: trabalho de parto

É um aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem (Fenómeno de enfermagem) que designa qualidade da espécie humana (Ser humano), em particular as qualidades e características intrínsecas (Indivíduo) que referem o indivíduo como agente intencional, desempenhando acções motivadas por razões (Pessoa), especialmente a motivação para a compreensão e explanação da pessoa (Razão para a acção) relacionada com a realização da disposição da pessoa para reter ou abandonar a acção (Autoconhecimento), em particular com a disposição para gerir novas situações e desafios (Adaptação) caracterizada pelas disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida (Autocontrolo) especificamente...

Autocontrolo é definido por Doron & Parot como o "*controlo exercido pelas capacidades cognitivas racionais de um sujeito sobre as diferentes manifestações das suas emoções e da sua vida afectiva*" (2001:95).

O nascimento corresponde a um momento alto marcado por várias, e importantes, transformações, por separações, mas, também, por novas ligações (Gil, 1998). De facto, o trabalho de parto, apesar de inerente à espécie humana, continua, frequentemente, a ser vivido com ansiedade e com algumas confusões (Gil, 1998). Na perspectiva de Maldonado (1976), o parto constitui um momento crítico devido, por um lado à irreversibilidade do processo e, por outro, à incerteza do que vai acontecer e à impossibilidade de controlar tal processo. Por isso, o parto pode ser entendido como um «salto no escuro», imprevisível e desconhecido, sobre o qual não se tem qualquer controlo (Maldonado, 1976).

Assim, pode dizer-se que o trabalho de parto, e a dor inerente, são considerados factores de *stress* que desencadeiam determinado processo de adaptação, entendido aqui como "*o ajustamento de um organismo às alterações do seu meio*" (Bolander, 1998:340). A forma como cada parturiente reage a esta situação é a tradução das suas capacidades de adaptação, mediadas pela sua personalidade, pela sua percepção da realidade e pelos recursos de adaptação que pode, ou sabe, utilizar (Bolander, 1998).

A percepção da dor e do processo que envolve o trabalho de parto é variável. Muitas mulheres esperam, e de facto apresentam, determinado grau de dor, durante o trabalho de parto. É voz corrente que esta dor é a de maior intensidade que alguém pode experimentar. Não admira, por isso, que a dor associada ao trabalho de parto constitua o aspecto que mais preocupa o casal, em particular a grávida. Como nos diz Soifer (1991), durante o trabalho de parto, a dor causa, na maioria dos casos, angústia e adopção de condutas inadequadas. De facto, o trabalho de parto é habitualmente associado a dor e perigo. Nesse momento, a mulher pode sentir-se "*perdida num processo desconhecido e doloroso*" o que a faz perder o controlo (Gil, 1998:397).

Por outro lado, o modo como a gravidez e o parto são simbolizados, e o contexto socio-cultural, também influenciam o modo como a parturiente sente e interpreta as diferentes sensações do trabalho de parto (Maldonado, 1976). Esta autora afirma mesmo que "*uma mulher de personalidade razoavelmente ajustada, com certo grau de preparação para o parto e uma atitude saudável durante a gravidez, tenderá a ter um bom parto fisiológico e cooperar no processo de nascimento*" (1976:71).

Durante o trabalho de parto, a mulher pode necessitar de maior apoio para "*conservar o controlo*" (Raffensperger, 2002:740). Nessa altura, é frequente a mulher apresentar hipersensibilidade e irritabilidade, dificuldade em controlar o comportamento, comportamento desinibido, fadiga, amnésia, medo de ficar sozinha - mas sem manifestar desejo de interagir com o acompanhante -, desânimo, frustração e outras manifestações físicas (cãibras nas pernas, calafrios, diaforese, náuseas, vómitos, aumento do fluxo sanguinolento via vaginal, sensação de pressão e estiramento do períneo e dorsalgia). De facto, quando não existe preparação prévia, ou esta não foi eficaz, na opinião de Soifer, a situação "*torna-se bastante dramática*" - a mulher sente-se como uma vítima de um processo incontrolável (1991:55). Como resposta, podem surgir comportamentos hostis, estado de excitação, com gritos e gestos bruscos.

Frequentemente, a sensação que desencadeia todas estas emoções e comportamentos é aliviada através de esclarecimentos prévios à mulher sobre o parto e os modos de controlar a dor (Gil, 1998). De facto, na preparação psicoprofiláctica, ao transmitirem-se noções reais sobre os processos associados ao parto, nomeadamente a dilatação e a expulsão, permite-se que a mulher integre tais conhecimentos e, consequentemente, nos

momentos de maior tensão, a sua ansiedade seja menor e a intervenção dos enfermeiros mais eficaz. Deste modo, a mulher pode transformar a "difícil" experiência do parto em algo único e enriquecedor (Gil, 1998).

A preparação para o parto, enquanto «orientação antecipatória», tem como objectivo básico preparar a pessoa para enfrentar uma situação de crise previsível, através do domínio cognitivo da situação e do fortalecimentos dos mecanismos adaptativos. Na perspectiva de Janis (*cit. In* Maldonado, 1976), quando alguém enfrenta uma situação crítica antecipadamente, conhecendo o que vai encontrar e como lidar com as dificuldades, estará melhor preparada para lidar com a situação. Soifer (1991) acrescenta, por isso, que quando a mulher se prepara para o momento de parto consegue lidar com a situação de modo adequado.

A disposição, enquanto desejo para fazer algo com vista à preparação prévia do trabalho de parto, é fundamental para o normal desenrolar de todo o processo relativo ao parto. Esta disposição, bem como a percepção de todo este processo depende: (1) da confiança que a parturiente tem de si mesma; (2) dos mecanismos de que dispõe para enfrentar a incerteza e o *stress*; (3) das atitudes e das expectativas sobre o trabalho de parto e parto; (4) das expectativas da sua família e das pessoas que a assistem; (5) da sua reacção à dor, à ansiedade e outras alterações funcionais (Raffensperger, 2002).

Pelo exposto, podemos inferir que existe uma área da realidade sensível aos cuidados de enfermagem que refere um conceito clinicamente útil para os enfermeiros, que a CIPE® não contempla. Este conceito parece traduzir um foco da prática que se caracteriza especificamente por **disposições tomadas para dominar em si próprio os sentimentos de ansiedade e gerir os comportamentos, relacionados com o trabalho de parto; promover actividades que ajudem a controlar a sensação de dor de trabalho de parto,** nomeado de **Autocontrolo: trabalho de parto.**

> **Autocontrolo: Trabalho de parto** é um tipo de Autocontrolo com as seguintes características específicas: disposições tomadas para dominar em si próprio os sentimentos de ansiedade e gerir comportamentos, relacionados com o trabalho de parto; promover actividades que ajudem a controlar a sensação de dor de trabalho de parto.



Ligação materno-fetal

É um aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem (Fenómeno de enfermagem) que designa qualidade da espécie humana (Ser humano), considerada em relação a um conjunto de seres humanos considerados como uma unidade social (Grupo), nomeadamente o conjunto de seres humanos composto por membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais (...) (Família), em particular as interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo (Processo familiar), especialmente o que concerne o assumir as responsabilidades de ser pai(s) (Paternidade) relacionado com a ligação entre a criança e os pais (Vinculação) caracterizado especificamente ...

Uma das expectativas, durante o período de gestação, associadas à maternidade é o começo da ligação entre a mãe e o filho. No entanto, quando analisámos os conceitos apresentados na CIPE®, não conseguimos identificar este tipo de vinculação associado a qualquer foco da prática. Por isso, explorámos teoricamente aspectos desta realidade, com o objectivo de averiguar se esta realidade pode, ou não, constituir uma área de atenção dos enfermeiros.

O processo de aceitação e de integração da gravidez é fundamental para o desenvolvimento da ligação da mãe ao filho que vai nascer (Colman & Colman, 1994). Também Cranley, em 1981, (*cit. In* Mendes, 2002) definiu a ligação materno-fetal (*maternal-foetal attachment*) como o conjunto dos comportamentos da grávida que representam a ligação e a interacção com o seu filho ainda não nascido.

Em 1984, Rubin sintetizou as tarefas maternas que cada mulher deve atender no processo de tornar-se mãe: (1) assegurar uma passagem segura durante a gravidez e parto para ambos, procurando os cuidados pré-natais e reforçando o autocuidado; (2) assegurar a aceitação social da criança, reorganizando as relações no sentido de ela ser incluída no seio da família; (3) dar de si em benefício de outrem (na opinião desta autora a mãe é o progenitor que mais se envolve durante a gravidez, parto e criação); e, (4) iniciar a ligação com o filho. No mesmo sentido, Mendes (2002), lembra que apesar da ligação da mãe com o filho só se tornar visível após o nascimento, ela foi sendo estruturada e nutrida ao longo da gestação.

Assim, é esperado que, durante a gestação, a mãe desenvolva uma ligação especial com o seu filho que, desejavelmente, teve início ainda antes da gravidez. De facto, o planeamento da gravidez condiciona, desde logo, a predisposição para a aceitação incondicional do «filho desejado» que vai nascer. Posteriormente, o sentir os movimentos fetais e a visualização do filho na ecografia (actualmente, com a ecografia

a três dimensões, a mãe já pode visualizar o rosto do filho ainda dentro do útero) potenciam, ainda mais, o desenvolvimento dessa ligação.

Durante a gravidez a mãe aprende a identificar os diversos tipos de movimentos fetais de acordo com os estímulos que recebe. Assim, vai descobrindo como o feto reage em diferentes condições e nessa reacção encontra o pretexto para ir conhecendo o filho, aproveitando para falar com ele, cantando ou acariciando o abdómen. Porém, às vezes, esses movimentos são entendidos como "agressivos" (Maldonado, 1976). Em qualquer dos casos, é por esta altura que a mãe começa a entender o filho como um indivíduo distinto (Justo, 1990).

Também a preparação do enxoval, a escolha do nome, os planos para cuidar do filho quando este nascer promovem a efectividade da ligação, permitindo à mãe integrar o filho que vai nascer na sua história pessoal e familiar (Brazelton, 1989).

Mendes (2002) refere que são vários os factores que interferem nesta relação, nomeadamente os: sócio-demográficos (idade, grau de instrução, categoria sócio-económica); pessoais (planeamento da gravidez, paridade, nível de conhecimento sobre gravidez e desenvolvimento fetal); relacionais (relação marital, adaptação à gravidez, imagem corporal).

Apesar da ligação afectiva começar a formar-se durante a gravidez, ela permanece delicada, podendo ser alterada nos primeiros dias pós parto (Maldonado, 1976). Importa, por isso, que parte da atenção dos enfermeiros se dirija, a partir do nascimento, para a ligação mãe-filho.

Nesta complexa realidade, coexistem os processos fisiológicos não intencionais (como a gravidez e o desenvolvimento fetal), as emoções da grávida e, ainda, as relações com a restante família, todos eles constituindo aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem. Todavia, quando o olhar se centra na unidade social constituída pela grávida, que comporta no seu seio o desenvolvimento de um novo indivíduo - o seu filho - com o qual desenvolve laços de afectividade, situamo-nos, à luz da CIPE®, no domínio dos processos familiares, em particular na formação de laços afectivos (*Vinculação*).

Assim, a ligação materno-fetal parece constituir um foco da prática relacionado com o estabelecimento de uma ligação entre os pais e a criança (*Vinculação*), relacionada com o assumir as responsabilidades de ser pai(s), que se caracteriza pela adopção de comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar (*Paternidade*).

Numa primeira apreciação à definição de Vinculação, parece estar excluída a possibilidade de entender o "*estabelecimento de ligação entre pais e filho*" antes do nascimento deste último. No entanto, quando a analisamos mais atentamente, constatamos que a definição não contraria em nada a "*formação de laços afectivos*" entre os pais e filhos antes do nascimento da criança. Porém, e como já referimos anteriormente, a ausência, na versão portuguesa, do ponto e vírgula, transforma significativamente o sentido da definição inscrita na versão original, em inglês.

Assim, admitimos que adicionar à CIPE® um foco da prática que se caracteriza especificamente pelo **estabelecimento de ligação e interacção entre a mãe e a criança que ainda não nasceu**, denominado por **ligação materno-fetal**, trará maior precisão na identificação das situações que determinam cuidados de enfermagem.

> **Ligação materno-fetal** é um tipo de Vinculação com as seguintes características específicas: estabelecimento de laços afectivos e comportamentos de interacção entre a mãe e a criança, que ainda não nasceu.

Contracção uterina pós-parto (involução uterina)

É um aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem (Fenómeno de enfermagem) que designa qualidade da espécie humana (Ser humano), em particular as qualidades e características intrínsecas (Indivíduo) que referem o processo corporal e operação não intencional (Função), nomeadamente a motilidade e movimento das partes do corpo envolvidas nos movimentos, servido e guiado pelas funções cerebrais (Actividade motora), em particular o movimento espontâneo, inconsciente ou involuntário dos músculos (Actividade corporal) que refere (...) as contracções involuntárias dos músculos lisos envolvidos nos movimentos dos órgãos (Movimento muscular), especificamente ...

Após a dequitadura, o corpo uterino retrai-se provocando a compressão dos vasos[28] pelo miométrio, o que significa que, mesmo após a expulsão do feto, o útero continua a contrair-se ritmicamente (Berkow, 2000; Graça, 2000). Bobak *et al.* (1999) afirma que, após o parto, a força das contracções do miométrio é considerável, a pressão intra-uterina pode ser tão intensa como durante o trabalho de parto, chegando mesmo a atingir valores da ordem dos 150 mmHg. Em resultado destas contracções, o útero adquire uma consistência dura, recebendo então a designação de globo de segurança. A formação deste globo de segurança é um dos alvos da atenção dos enfermeiros, em particular nas primeiras horas pós-parto (Raffensperger, 2002). A contracção mantida das fibras musculares uterinas tem como consequência a sua atrofia progressiva, de modo que, no final da segunda semana, já não se palpa o fundo uterino acima da sínfise púbica (Andrade, 2000).

De facto, depois do parto, o útero ainda com dimensões consideráveis, continua a contrair-se, tornando-se progressivamente mais pequeno até ao ponto de recuperar o seu tamanho anterior à gravidez (Berkow, 2000). Esta involução uterina é caracterizada pela manutenção da contracção eficaz do útero e pela sua localização estabilizada ao nível da linha média do corpo. O fundo uterino deve regredir, aproximadamente, um centímetro por dia.

A frequência e a intensidade das contracções vai diminuindo progressivamente nos dias seguintes ao parto. Os registos das contracções mostra que a sua frequência diminui, até atingir uma em cada dez minutos, doze horas após o nascimento. Mesmo assim, existe

[28] Depois do parto, as fibras musculares do útero contraem-se para comprimir os vasos sanguíneos da parede uterina e evitar uma perda excessiva de sangue.



um aumento evidente da contractilidade uterina quando a criança mama, que desaparece logo após a sua realização (Rezende, 1995).

Quando as contracções uterinas são ineficazes, podem advir algumas complicações, nomeadamente a atonia uterina e a subinvolução. De facto, quando a contracção das fibras miometriais não provoca estrangulamento dos vasos sanguíneos na zona da ferida deixada pela placenta, resulta atonia uterina (Oxorn, 1989). Esta situação, em que o útero se apresenta "mole" - não contraído, por isso de difícil palpação - é acompanhada de perda sanguínea excessiva, por via vaginal (Suddarth, 1994). A subinvolução uterina, entendida como a lentificação ou a paragem da involução do útero após o parto, resulta da dificuldade ou da incapacidade do útero (frequentemente por ineficácia das contracções uterinas) expulsar os restos placentares. Esta situação manifesta-se habitualmente por dor pélvica ou dorsal, secreção vaginal excessiva com cheiro fétido (Suddarth, 1994).

Pelo acima exposto, esta situação parece constituir uma área de atenção dos enfermeiros. De facto, as contracções involuntárias dos músculos lisos envolvidos nos movimentos dos órgãos, em particular do útero, nomeadamente a **contracção muscular do útero para hemostase, involução uterina e expulsão do conteúdo uterino após o parto**, são um aspecto de saúde relevante para a prática das enfermeiras que exercem a sua actividade em serviços de obstetrícia. A proposta de denominação deste foco da prática é: **contracção uterina pós-parto (involução)**.

> **Contracção uterina pós-parto (involução uterina)** é um tipo de movimento muscular com as seguintes características específicas: contracção muscular do útero para hemostase, involução uterina e expulsão do conteúdo uterino após o parto.



Dores pós-parto

É um aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem (Fenómeno de enfermagem) que designa qualidade da espécie humana (Ser humano), em particular as qualidades e características intrínsecas (Indivíduo) que referem o processo corporal e operação não intencional (Função), nomeadamente o aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso (Dor), especificamente ...

Depois do parto, o útero apresenta-se firmemente contraído e a contractilidade uterina, embora inaparente, prossegue por algum tempo. As contracções do útero depois do parto são irregulares e frequentemente dolorosas. Suddarth denomina este tipo de dor como "*cólicas uterinas*" (1994:857). Também Lowdermilk *et al.* designam este tipo de dor como "*cólicas desagradáveis*" (2002:416). Thompson (1977), que aceita a designação de dores pós-parto, caracteriza-as como dores semelhantes às do parto, embora menos intensas, que surgem nos dois ou três primeiros dias após o nascimento da criança. Berkow (2000) e Lowdermik *et al.* (2002) alargam ligeiramente este período afirmando que estas permanecem, em média, entre cinco a sete dias.

As contracções do útero, que desencadeiam este tipo de dor após o parto, resultam de dois mecanismos: massagem uterina e acção directa da hormona ocitocina. A libertação de ocitocina pela hipófise posterior é desencadeada pela sucção do recém-nascido no mamilo. Por isso, as mães que amamentam têm tendência a referir dores pós-parto mais intensas. Esta circunstância decorre por efeito indirecto da hormona ocitocina, libertada naturalmente nesta altura para estimular o reflexo de libertação do leite. De facto, como reconhece Rezende (1995), as contracções ocasionam cólicas, dolorosas, em particular nas multíparas, causadas pela contracção do útero, especialmente quando amamenta o filho. Estas dores são, em alguns contextos mais populares, designadas por "dores tortas" (Berkow, 2000). No geral, a dor pós-parto é referida como uma sensação de dor, tipo cólica, com origem num espasmo do músculo uterino, semelhante às cólicas menstruais (Bobak [et al.], 1999). No entanto, existe uma diferença significativa - o momento em que ocorrem. Enquanto a dor pós-parto acontece depois do parto, a dismenorreia ocorre em redor do período menstrual.

A dismenorreia é definida por Berkow como uma "*dor abdominal provocada pelas contracções uterinas, que surge durante a menstruação*" (2000:1121). A dismenorreia é também descrita como uma dor tipo cólica que ocorre durante o período menstrual,

localizada geralmente na região suprapúbica ou na região abdominal inferior. A dor é referida como aguda, tipo cólica ou aperto (Lowdermilk [et al.], 2002). A dor da dismenorreia (primária[29]), que só surge nos ciclos menstruais em que é libertado um óvulo, parece resultar das contracções do útero devido a uma redução do aporte sanguíneo ao endométrio.

Dismenorreia é definida na CIPE® como a *sensação de dor com origem num espasmo do músculo uterino; esta sensação é referida como contracções intensas tipo cólica, pulsáteis e sensação de desconforto no abdómen e na região lombar* (CIPE®, 2000). Ora, esta definição quase que poderia ser assumida como dor pós-parto (tal como o fizemos no estudo empírico) mas, rigorosamente, não é o caso. O termo dismenorreia é um tipo de perturbação associado à menstruação distinguida das outras perturbações pela característica "*dor durante a menstruação*" (Berkow, 2000:1120). Desta constatação emerge uma proposta de alteração à definição de dismenorreia da CIPE®.

Proposta de alteração ao foco da prática - Dismenorreia:

- acrescentar, na definição, após "*sensação de dor com origem num espasmo do músculo uterino*" **durante a menstruação**.

Assim, a dor pós-parto aparentemente circunscreve uma área específica de atenção dos enfermeiros em contexto de um serviço de obstetrícia. Pode entender-se a **dor pós-parto** como o aumento da percepção sensorial de partes do corpo, habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso relacionada com **sensação de dor, tipo cólica, com origem num espasmo do músculo uterino à medida que o útero se contrai no período após o parto**.

> **Dor pós-parto** é um tipo de Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor tipo cólica com origem num espasmo do músculo uterino à medida que o útero se contrai no período após o parto.

[29] Designa-se de dismenorreia primária quando não se identifica qualquer factor associado, para distinguir da dismenorreia secundária associada a doença ginecológica.

Bem estar fetal

É um aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem (Fenómeno de enfermagem) que designa qualidade da espécie humana (Ser humano), ...

Quando se focaliza a atenção na circulação materno-fetal e na importância do aporte, sem interrupções, de oxigénio ao feto para a manutenção do equilíbrio energético, releva-se a ideia de que somente dois terços do oxigénio do sangue materno que atinge o espaço intervilositário passa para o feto; o terço restante é utilizado pela própria placenta (Graça, 2000). Por outro lado, é indispensável ter presente que "*é a placenta o órgão que realiza as trocas gasosas respiratórias para o feto*" (Rezende, 1995:67).

No entanto, durante o trabalho de parto, o feto está sujeito a episódios intermitentes de diminuição da sua oxigenação devidos, sobretudo, à acção das contracções uterinas sobre o aporte de sangue ao espaço intervilositário. Efectivamente, o sangue proveniente da circulação materna só penetra no miométrio se este apresentar um tónus inferior a 30 mmHg. Como durante o trabalho de parto, e por força das contracções uterinas, aquele valor está periodicamente aumentado, verifica-se uma diminuição transitória da circulação útero-placentária. De facto a oxigenação fetal durante o ramo ascendente da contracção depende do sangue materno que entrou no espaço intervilositário, antes do início da contracção. Depois do ápice da contracção, a oxigenação fetal continua dependente do sangue materno que entrou durante o ramo ascendente da contracção, só sendo integralmente restabelecida quando o miométrio atingir o tónus de 30 mmHg.

Todavia, a maioria dos fetos tem reservas energéticas e de oxigénio suficientes para lhes permitir suportar estas variações fisiológicas da perfusão útero-placentária. Contudo, para que tal aconteça, é indispensável que o útero relaxe entre as contracções o tempo suficiente (mais de trinta segundos) para permitir o fluxo normal (Graça, 2000; Neeson, 1995).

A perfusão placentária diminuída afecta a capacidade de troca de gases e nutrientes entre o compartimento materno e fetal. Esta circunstância produz, por um lado, uma acumulação de dióxido de carbono na circulação fetal com consequente baixa no PH (acidose respiratória); e, por outro, os baixos valores de oxigénio no sangue induzem a produção de energia via anaeróbia com o consequente aumento da quantidade de ácido

láctico. Em paralelo, a tentativa do organismo fetal para manter o PH sistémico faz esgotar as reservas de bicarbonatos (acidose metabólica) (Graça, 2000). Esta situação - restrição da actividade enzimática devida à alteração do PH e à baixa rentabilidade energética da via anaeróbia -, pode comprometer as funções vitais do feto que passa, assim, a depender, ainda que parcialmente, do metabolismo anaeróbio para suprir as suas necessidades energéticas (Rezende, 1995).

O *sofrimento fetal,* resultante desta situação, é entendido como a manifestação de uma alteração no feto, traduzindo uma hipóxia tecidular progressiva resultante de uma hipoxemia sustentada (PO2 diminuída) e da retenção de anidrido de carbono (PCO2 aumentada) com consequente instalação de acidemia progressiva (*asfixia fetal*) (Graça, 2000). A causa mais frequente de acidose respiratória fetal é uma súbita diminuição da perfusão fetal como acontece, por exemplo, em situações de compressão do cordão umbilical, de hipertonia uterina ou de descolamento prematuro da placenta (Graça, 2000).

Graça (1999) afirma que existe uma estreita relação entre as situações de hipoxemia e de acidose no feto e a ocorrência de padrões patológicos da frequência cardíaca fetal. A importância atribuída à frequência cardíaca fetal está relacionada com o facto desta constituir um indicador do estado do sistema nervoso central em termos de oxigenação. De facto, a frequência cardíaca fetal é modulada pela alternância de impulsos simpáticos (que a aceleram) e vagais (que a desaceleram), isto é, influenciada pela acção do sistema nervoso autónomo ou dos seus neuro-transmissores (Graça, 2000).

No entanto, enquanto o feto conseguir usufruir do sangue do espaço vilositário, não se registarão alterações no traçado cardiotocográfico[30]. O uso do cardiotocógrafo permite registar, continuamente e em tempo real, a frequência cardíaca fetal e a contractilidade uterina, o que possibilita a identificação dos "*padrões da frequência cardíaca fetal potencialmente definidores do estado fetal*" (Graça, 2000).

[30] Registo contínuo da frequência cardíaca fetal e da contractilidade uterina recorrendo a um monitor designado de carditocógrafo.

Existem alguns parâmetros de avaliação cardiotocográfica que permitem considerar uma remota possibilidade de existir hipóxia ou acidose fetal (Graça, 2000), nomeadamente:

- Frequência cardíaca fetal estável entre 120 ppm e 160 ppm;
- Variabilidade superior a 5 ppm;
- Ausência de desacelerações (numa fase mais avançada do parto a presença de desacelerações precoces é considerada fisiológica);
- Acelerações esporádicas.

O sofrimento fetal pode ainda manifestar-se por mecónio espesso no líquido amniótico e por padrões irregulares na monitorização fetal, tais como: desacelerações tardias persistentes; desacelerações variáveis graves e persistentes; bradicardia fetal prolongada; variabilidade ausente ou diminuída, etc.

Os cardiotocogramas com sinais de mau prognóstico registam-se nos fetos com significativa degradação dos mecanismos oxidativos e com consequente alteração do balanço ácido-base (asfixia fetal) (Graça, 2000). As situações de hipóxia fetal podem também ser identificadas através de alguns padrões cardiotocográficos, nomeadamente: frequência cardíaca fetal basal inferior a 100 ppm ou superior a 180 ppm; variabilidade reduzida ou nula; desacelerações tardias ou variáveis graves; padrão sinusoidal (Graça, 2000). Este autor acrescenta ainda que a variabilidade diminuída, ou nula, constitui um parâmetro indicador de desagregação funcional do sistema nervoso central já que a variabilidade adequada da frequência cardíaca fetal traduz a maturidade e integridade das funções do sistema nervoso fetal.

Efectivamente, padrões cardiotocográficos com desacelerações tardias num traçado de variabilidade reduzida, ou ausente, estão sistematicamente associados a fetos com hipóxia. Outras situações, como por exemplo, desacelerações variáveis, taquicardia, bradicardia só apontam para um risco potencial de hipóxia fetal.

Este contexto da prática parece circunscrever uma área a que os enfermeiros estão atentos e sobre a qual devem possuir conhecimentos precisos. No entanto, surgem-nos algumas interrogações. A que domínio da CIPE® pertence esta área de atenção?

Depois de considerar este aspecto de saúde como relevante para a prática dos enfermeiros, subsiste a questão: refere uma área de atenção do domínio do Ambiente ou do *Ser Humano*? Esta é mais uma controvérsia do tipo da que já tinha surgido anteriormente aquando da discussão sobre o foco da prática nascimento (para efeitos da classificação o feto é *Ser Humano*?). Mesmo assim, a resposta a esta questão é fundamental para a alocação de **bem estar fetal** na estrutura da CIPE®.

A definição do desenvolvimento fetal pode ajudar-nos a dar uma resposta a esta dificuldade ao referir que o desenvolvimento fetal corresponde a processos de vida para dar origem a um novo indivíduo (CIPE®, 2000). Esta noção parece apontar para um entendimento de feto como um novo indivíduo em construção, logo, já detentor das qualidades da espécie humana. Assim, e para efeitos desta classificação, o feto é um Ser Humano.

Interessa ainda saber se esta área de atenção é domínio de "*qualidades e características intrínsecas a um ser humano que o distinguem de um grupo de seres humanos*" (CIPE®, 2000:20) ou domínio do "*conjunto de seres humanos como unidade social ou todo colectivo*" (CIPE®, 2000:69). Esta é a discussão a desenvolver...

Ao entendermos **bem estar fetal** como um foco da prática com as seguintes características específicas: **processo de troca de gases (dióxido de carbono fetal e oxigénio materno) entre a unidade útero-placentar e o feto; manifestado por frequência cardíaca fetal basal estável entre os 110 ppm e 150 ppm, variabilidade normal, acelerações esporádicas e ausência de desacelerações tardias**, emerge uma consideração fundamental: esta situação refere as características particulares de um feto. No entanto, estas só existem enquanto se mantiver a união biológica do feto com a mãe (unidade materno-fetal).

A respostas para estas questões dará, por certo, argumento para o posterior desenvolvimento de interessantes estudos.

4.5. Os focos particulares da enfermagem de saúde materna e obstetrícia: uma síntese

Os conceitos, enquanto ideia abstracta da realidade, tendem a organizar informação concreta e a dar significado às percepções sensoriais, representando a realidade como potencial conhecimento. A representação dos conceitos permite, também, explicar e predizer acontecimentos do mundo em que vivemos. Por isso, a especificação e o desenvolvimento dos conceitos é essencial para conhecer, e reconhecer, a realidade que nos envolve. Santos (1993), na sua obra *Um discurso sobre as ciências*, argumenta que o processo de desenvolvimento de conceitos passa por: (1) identificar as percepções sensoriais da realidade; (2) nomear essas percepções; (3) diferenciar, discriminar, identificar características e organizar categorias; e, (4) formular generalizações.

Do desenvolvimento deste estudo podemos apresentar um conjunto de focos da prática particulares do âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, tanto pelo contexto em que ocorrem como aos processos que representam:

Alguns referem a "mãe" como alvo dos cuidados:

Portador: "mãe"	
Função	Pessoa
Ingurgitamento mamário	*Autocontrolo: trabalho de parto*
Mastite da lactação	
Contracção uterina	
Contracção uterina pós-parto	
Expulsão uterina	
Dor de trabalho de parto	
Dor de falso trabalho de parto	
Dor pós-parto	
Abortar	
Trabalho de parto	
Nascimento	

Outros focos tomam como portador do foco da prática o feto:

Portador: feto
Função
Bem estar fetal

Outros, ainda, referem a família como foco da prática.

Portador: família
Ligação materno-fetal

Ao analisarmos atentamente os conceitos que este conjunto de termos representa, enquanto focos da prática podemos vislumbrar parte substancial dos conhecimentos que

cada enfermeiro precisa para identificar e nomear as situações que requerem os seus cuidados, na sua prática.

Assim, os conceitos constituem representações cognitivas, isto é, formulações mentais complexas da experiência empírica (Chinn & Kramer, 1991) que, dada a sua natureza abstracta, são identificados tanto pelas suas definições como pelas características (Morse, 1995). Assim, os conceitos usados pelos enfermeiros para designar aspectos de saúde relevantes para a sua prática, referem os seus conhecimentos e pensamentos. Por isso ao indicar as áreas de atenção que determinam a matriz profissional e conceptual da prática, circunscrevemos o domínio do conhecimentos de enfermagem.

Conclusões

"Porque o porvir se pensa e se estrutura também em função do passado
é tempo, aqui e agora, de reflectir e consolidar o que de mais importante
neste estudo fica para trás, para a partir daí poder
tirar os necessários ensinamentos"
Gonçalves (1999)

Eram inúmeras as inquietações com que partimos para este estudo. O desenrolar do estudo foi dando resposta a algumas, em particular às que procurávamos, mas, entretanto, surgiram tantas outras. Mas como, na opinião de Pearson & Vaughan (1992), a atitude inquiridora e a reflexão constituem os estados que a disciplina de enfermagem actualmente exige, admitimos estar a caminhar...

A linguagem usada pelos enfermeiros circunscreve a sua concepção de cuidados, na medida que refere as áreas de atenção valorizadas. Basto (1998) afirma mesmo que o conceito de *cuidados de enfermagem* é essencial para a compreensão do sentido dado à profissão. Por isso, esta autora acrescenta, ainda, que é de esperar que a concepção que cada um tem do que é a Enfermagem determine o olhar sobre a realidade.

Actualmente, é fundamental que os enfermeiros tenham domínio sobre os conhecimentos relativos às suas áreas de atenção, por forma a decidirem-se, face às necessidades em cuidados, pelas melhores intervenções auto-iniciadas. Com este intuito, a enfermagem tem desenvolvido aturados esforços na construção e demonstração de um saber próprio (Silva, 2001), para que, por esta via, se possa integrar, de pleno direito, no seio das disciplinas do conhecimento.

Os conhecimentos são a pedra basilar de toda a prática de cuidados. Exige-se perspicácia na recolha dos dados, segurança na sua validação e interpretação, por forma

a daí emergirem diagnósticos de enfermagem consistentes e válidos. Para diagnosticar, isto é, para enunciar o resultado da decisão sobre a área de atenção - foco da prática - e caracterizá-la, é indispensável conhecer tanto a definição como as características definidoras do aspecto de saúde em causa.

Da necessidade de representar os conceitos específicos da Enfermagem surgiu a CIPE®. Apesar de ainda estar a dar os seus primeiros passos - está apenas na sua segunda versão - constitui um esforço interessante, designadamente, porque resulta de um esforço colectivo, de muitos enfermeiros, em todo o mundo.

Ao reconhecer a importância que a representação dos conceitos de enfermagem tem para a afirmação da disciplina não recusámos o desafio de, por um lado, procurar delimitar os conceitos específicos da área de conhecimento de saúde materna e obstetrícia traduzidos em focos da prática da CIPE® e de, por outro, contribuir para o processo de validação e de refinamento de alguns termos e definições de focos da prática da mesma CIPE®.

A natureza eminentemente exploratória e descritiva do estudo, aliada à identificação dos conceitos usados pelas enfermeiras de um serviço de obstetrícia para descreverem as necessidades em cuidados (mormente das que determinam as intervenções auto-iniciadas) guiou-nos para um estudo de cariz interpretativo, assente numa metodologia qualitativa. Esta opção revelou-se ajustada na medida em que nos permitiu ilustrar e pôr em evidência os conceitos usados pelos enfermeiros para designarem as áreas da sua atenção - base fundamental para o processo diagnóstico e, consequentemente, para o processo de cuidados.

Os termos e as expressões utilizadas pelas enfermeiras para descreverem as necessidades em cuidados, traduzem uma realidade que não é uniforme, nem linear. Fomos, por isso, à medida que o estudo se concretizava, integrando os resultados que constituem, em si, um ponto de partida para uma reflexão com múltiplas e interessantes interpretações e conclusões (Figura 17).

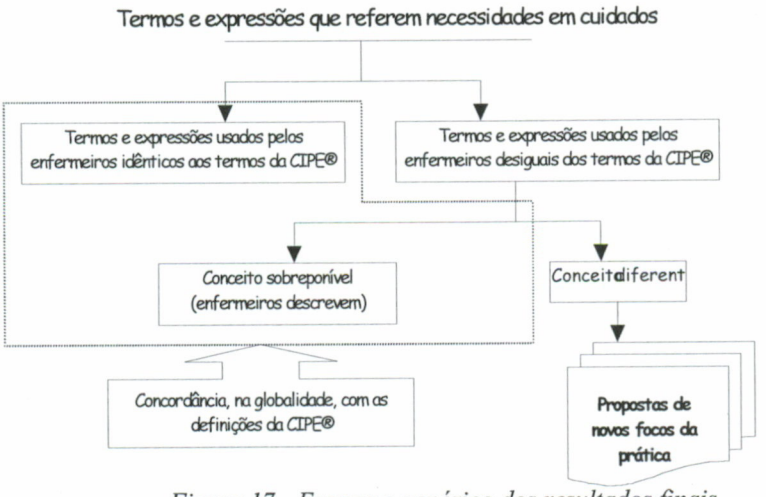


Figura 17 - Esquema genérico dos resultados finais

Do estudo realizado destacamos um conjunto de conclusões que constituem o nosso contributo para a compreensão da problemática que lhe deu origem.

No estudo emergiram um total de 108 focos da prática da CIPE®. Numa primeira análise, pode concluir-se que os principais alvos dos cuidados das enfermeiras num serviço de obstetrícia são o recém-nascido e a mãe, surgindo também alguns focos associados ao feto e à família.

Em relação ao portador recém-nascido, foi identificado um conjunto de 34 focos da prática da CIPE®, 28 dos quais correspondem a termos iguais, ou idênticos, aos usados pelas enfermeiras na sua prática quotidiana. Todos os focos da prática identificados pertencem ao domínio do *Ser Humano*, isto é, referem a *qualidade da espécie humana no âmbito da enfermagem* (CIPE®, 2000:20). Mas, mais especificamente, pertencem aos subdomínios *Indivíduo - Função*, isto é, referem características intrínsecas do ser humano relacionadas com os processos corporais e as operações não intencionais. De facto, constata-se que as enfermeiras valorizam o estado fisiológico da criança, em particular, durante os primeiros dias de vida. Esta preocupação está conforme a opinião de vários autores que consideram que as enfermeiras tendem a centrar a sua atenção nos processos vitais essenciais nomeadamente os aspectos físicos e comportamentais (resultantes de reflexos inatos) da criança (Lowdermilk [et al.], 2002; Berkow, 2000; Dickason [et al.], 1998; Neeson, 1995).

Em relação à "mãe" foram 66 os focos da prática da CIPE® identificados, distribuídos pelo domínio *Função* (44 focos da prática) e *Pessoa* (22 focos da prática).

Relativamente aos focos do domínio *Função*, 32 são designados por termos que as enfermeiras já agora utilizam na sua prática. Em relação aos focos da prática que pertencem ao domínio *Pessoa* verificámos que somente dois são denominados por termos já usados pelos enfermeiros (*Medo* e *Autocuidado: higiene*).

Esta assimetria traduz, porventura, a maior familiaridade dos enfermeiros com a área dos processos individuais não intencionais (*Função*), ao contrário do que acontece com a área dos processos intencionais (*Pessoa*), mais recente - e, por isso, menos consolidada - nas preocupações e na atenção dos enfermeiros. Por outro lado a preponderância no uso de termos idênticos aos do domínio *Função* pode representar o maior conhecimento de conceitos associados aos cuidados médicos. Estes achados são consonantes com a formação tradicional dos enfermeiros. A história da Enfermagem e o rigor que as ciências biomédicas imprimiram, ao longo dos anos, à linguagem usada pelos enfermeiros consolidou estes domínios (mais próximos da área de atenção médica) na linguagem dos enfermeiros. Efectivamente, o modelo biomédico tem sido, ao longo dos tempos, o modelo preponderante na orientação da prática dos enfermeiros (Pearson & Vaughan, 1992). Este modelo, que dirige o seu olhar para o reconhecimento de sinais e sintomas, valoriza o conhecimento médico (Collière, 1990; Basto, 1998). Tal como nos refere Carapinheiro (1989), ainda hoje o notoriedade do conhecimento médico torna periférico o conhecimento de enfermagem.

No entanto, atribuímos particular significado ao número de focos da prática pertencentes ao domínio *Pessoa* que emergiram - um total de vinte. Apesar de somente dois, tal como dissemos anteriormente, corresponderem a termos iguais aos que designam focos da prática da CIPE®, verificámos que, quando questionadas, as enfermeiras associam as descrições de necessidades de cuidados a conceitos existentes na CIPE®. A forma como a mãe cuida do seu filho depois deste nascer constitui um exemplo paradigmático desta situação. Na prática esta é, de facto, uma área de atenção das enfermeiras mas para a qual as enfermeiras não usavam uma designação específica. Assim, o foco da prática *Papel maternal* parece fornecer a designação para nomear tal área de atenção.

Em relação ao portador família (entendida como unidade social na qual os elementos estão unidos por consanguinidade e/ou laços afectivos), foram identificados seis focos da prática da CIPE®. Em relação a estes focos foi necessário clarificar os diferentes conceitos associados. Esta necessidade decorreu da constatação de que apesar das enfermeiras utilizarem termos iguais ou idênticos aos da CIPE®, os significados que lhes atribuíam eram diferentes. O foco da prática *Mamar* é, desta situação, um bom exemplo. Esta realidade traduz as dificuldades na apropriação, pelos enfermeiros, de alguns conceitos da CIPE® e, sobretudo, do seu enquadramento na estrutura da mesma. Admitimos, contudo, que este obstáculo é facilmente ultrapassável pelo recurso a processos formativos que permitam a tão desejada partilha efectiva de uma linguagem comum.

Por outro lado, constatámos que estes focos, apesar de pertencerem ao domínio *Grupo* e ao subdomínio *Família*, apenas contemplam o grupo unido por laços de sangue e emotividade formado pela mãe e pelo filho. A evidência desta constatação é dada pelos focos da prática identificados, nomeadamente: *Vinculação*, *Ligação mãe-filho*, *Amamentar* e *Mamar*. Esta situação releva a centralidade que a relação mãe-filho assume na atenção das enfermeiras. Esta interpretação é, ainda, consubstanciada pelo facto de apenas termos identificado um foco da prática associado ao pai (*Papel paternal*).

Este resultado, antes de mais, revela a ausência do pai como alvo dos cuidados e parece contrariar o sentido dos discursos perante a sociedade. Face aos discursos produzidos em torno da importância do pai no período peri-parto seria expectável que este assumisse maior protagonismo junto das enfermeiras. De facto, nestes últimos anos, fomentou-se a integração do pai (ou pessoa significativa) no processo de maternidade com o propósito de promover a adaptação à paternidade. A presença e participação do pai é, mesmo, frequentemente, associada à reorganização dos relacionamentos pessoais e ao estabelecimento de ligação com o filho que vai nascer (Lowdermilk [et al.], 2002; Berkow, 2000; Dickason [et al.], 1998). Em consonância, e para dar resposta a esta necessidade, o serviço de obstetrícia, em especial o Bloco de Partos está dotado de uma estrutura física que permite o acompanhamento efectivo da parturiente por um acompanhante (habitualmente o pai). Aliás, a actual orientação para a prática, segundo

Lowdermilk *et al.* (2002), sugere que durante o período de trabalho de parto seja da responsabilidade da enfermeira a resposta às necessidades de cuidados, não só da parturiente mas, também, da família. Assim, apesar das mudanças sociais e culturais, que têm vindo a ocorrer, promovendo a assunção do papel paternal, os resultados deste estudo identificam-se mais com a opinião de Capinha (1999) quando afirma, com base nos estudos que tem vindo a desenvolver, que o pai continua a ser visto como "*tendo um papel secundário ou é mesmo colocado à margem de todo o processo*" (1999:21).

Em relação ao feto, entendido como entidade portadora do fenómeno de enfermagem, apenas foi identificado um único foco da prática - *Desenvolvimento fetal*. Do estudo realizado ficou claro que o feto é um alvo de atenção dos enfermeiros de muito difícil enquadramento na estrutura classificativa da CIPE®. A sua condição de ser humano aliada à sua situação de íntima relação e absoluta dependência da mãe, coloca-nos perante uma realidade distinta das demais. Quando as enfermeiras referem "ruídos cardíacos positivos e normais", ou "traçado cardiotocográfico variável e reactivo", ou ainda "fez uma bradicardia", estarão a focalizar a sua atenção no feto, ou na mãe? Apesar dos esforços realizados e das reflexões produzidas (e vertidas no relatório) não nos foi possível evoluir na análise ao ponto de podermos apresentar conclusões sobre esta e outras questões que foram surgindo. Contudo, permanece em nós a convicção de que este é um assunto a debater e a investigar no futuro para que se possa integrar o feto na estrutura da CIPE® com a ajustada fundamentação e coerência.

Para além destas conclusões, emergiu do estudo um conjunto de outras relacionadas com as definições apresentadas na CIPE®. Dos discursos expressos pelas enfermeiras é possível depreender que, por vezes, as enfermeiras, para comunicarem as suas áreas de atenção e para partilharem as situações que determinam as acções de enfermagem, em vez de as nomearem, descrevem-nas. De facto, com alguma frequência, não é explicitado o resultado final do processo diagnóstico (enunciar o diagnóstico de enfermagem) mas, antes, um conjunto de dados e de informações que a enfermeira foi recolhendo da realidade e que, implicitamente, determinaram o processo de cuidados.

Admitimos, assim, que grande parte das dificuldades na apropriação dos termos que designam focos da prática dos enfermeiros se devem, antes de mais, à deficiente sistematização do processo de tomada de decisão, em particular no que se refere ao

processo diagnóstico. Efectivamente, não é tanto a falta de conteúdos de conhecimento por parte das enfermeiras (até porque conseguem identificar as razões das suas acções quando interrogadas) mas, sobretudo, falta de rotina na utilização do processo de enfermagem, como base para a tomada de decisão.

Dos resultados obtidos com este estudo, pode concluir-se que as definições dos focos da prática da CIPE® não suscitam particular objecção entre as enfermeiras. No entanto, no desenvolvimento das discussões e reflexões que a propósito das definições fomos realizando, verificámos que algumas definições imprimiam uma necessidade de alteração. Assim, a partir, por um lado, dos comentários apresentados pelos peritos e, por outro, da exploração teórica dos conceitos foi possível apontar, relativamente a alguns focos da prática da CIPE®, propostas de alteração de termos e definições (Quadro 10).

Focos da prática	Propostas de alterações ao termo/à definição
Aspirar	¶ acrescentar à definição "*incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago para as vias aéreas* superiores".
	¶ retirar da definição *"acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas*".
Eructação	¶ retirar da definição "*pequenas porções de alimentos processados, líquido ou*".
Lactação	¶ retirar da definição a parte que refere as características do leite materno ("*o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes*").
Vinculação	¶ substituir, na definição, "*vão afrouxando desde o parto e durante a infância*" por *necessidade de proximidade que se vai desvanecendo à medida que a criança cresce e se desenvolve*;
Ligação mãe-filho	¶ retirar "*no momento do parto*" da definição.
Mamar	¶ substituir a parte da definição que refere "*maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível*" por *sucção eficaz*; ¶ retirar a parte da definição que refere "*durante 5-10 minutos em cada seio*";
Dor sem trabalho de parto	¶ alterar o termo que designa este foco da prática de *Dor sem trabalho de parto* para *Dor de falso trabalho de parto*, na versão portuguesa; ¶ substituir o termo "*intermitente*" por "irregular"; ¶ substituir o termo "*frente*" por "região inferior do abdómen"; ¶ substituir o termo "*forte*" por "intensa"; ¶ substituir o termo "*dor curta*" por "dor de curta duração"; ¶ retirar da definição "*que se revela ineficaz*".
Abortar	¶ alterar a definição de *Abortar* de "*expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida*" para *interrupção da gravidez antes das 22 semanas de idade gestacional ou 500 gramas de peso do produto de concepção*.
Contracção uterina	¶ substituir "*tornam-se muito fortes quando o trabalho de parto está adiantado*" por "gradualmente mais intensas"; ¶ alterar "*empurrar o feto pelo canal de parto*" para "facilitar a descida fetal"; ¶ retirar da definição "*dilatar o canal de parto*".
Dismenorreia	¶ acrescentar, na definição, após "*sensação de dor com origem num espasmo do músculo uterino" durante a menstruação*.

Quadro 10 - Propostas de alteração a termos e definições de focos da prática

Noutros casos emergiu a sugestão da inclusão de uma característica definidora (Quadro 11).

Focos da prática	Propostas de alterações de características definidoras
Expulsão uterina	↑ acrescentar à definição a característica definidora "dor" (dolorosas)
Ingurgitamento mamário	↑ acrescentar característica definidora "dor local" à definição
Cólica	↑ incluir na definição as características definidoras "choro intenso", "movimentos do corpo", "flectir as pernas", e "abdómen distendido e não depressível"
Fome	↑ incluir na definição as características definidoras "movimento da mão para a boca", "movimentos de sucção", e "movimentos de rotação e abocanhar.

Quadro 11 - Propostas de alteração características definidoras de focos da prática

Este achado é particularmente relevante já que a definição de cada termo é essencial, tanto para ajudar na identificação dos diferentes focos da prática e na optimização do processo diagnóstico, como, também, para a concatenação entre os diagnósticos e as intervenções de enfermagem.

Do estudo realizado, merece, também, ser realçado que as críticas feitas pelos enfermeiros a algumas definições resultaram, não tanto da definição em si, mas, da escolha dos termos usados na tradução para português (CIPE®) da versão original em inglês (ICNP®).

Os resultados deste estudo comprovam a utilidade e a validade da CIPE®, nomeadamente, como instrumento adequado à denominação das áreas de atenção das enfermeiras de um serviço de obstetrícia. É possível concluir, através dos resultados deste estudo, que as enfermeiras já hoje, e ainda antes de qualquer processo de formação estruturado sobre a CIPE®, utilizam, para identificarem as áreas de atenção sensíveis aos seus cuidados, um vasto conjunto de termos iguais, ou muito próximos, dos termos que constituem a classificação dos focos da prática da CIPE®. Para além disso, constatámos que, mesmo quando as enfermeiras não utilizam termos iguais aos da CIPE®, existem na classificação (com significativos níveis de concordância) os conceitos necessários à identificação das áreas de atenção. Esta realidade comprova que a CIPE® foi, de facto, construída a partir dos termos já usados pelos enfermeiros na sua prática tal como reza a história da concepção da classificação (Wake & Coenen, 1998). Apesar desta conformidade entre a CIPE® e a linguagem dos enfermeiros, existem conceitos que estes utilizam na sua prática para referirem as áreas de atenção que não tem tradução na CIPE® (nem por via do termo, nem por via do conceito). Estes

conceitos podem, de facto, constituir-se como um foco da prática e, por isso, passíveis de serem integrados na classificação.

No nosso estudo identificámos cinco "novas" áreas de atenção das enfermeiras num Serviço de Obstetrícia, não abrangidas pela CIPE® - *Autocontrolo: trabalho de parto*, *Ligação materno-fetal*, *Contracção uterina pós-parto* (*involução uterina), Dores pós-parto* e *Bem estar fetal*. Em quatro destas áreas evoluímos para a preparação de propostas de enquadramento na actual estrutura da CIPE®, que consideramos poder apresentar brevemente ao Concelho Internacional de Enfermagem para apreciação da viabilidade da sua inclusão na CIPE®.

A realização do estudo permitiu-nos concluir que é possível a delimitação de uma área da realidade, sensível aos cuidados de enfermagem, que toma como foco de atenção a disposição da mulher grávida para se preparar para o trabalho de parto e, a partir dessa disposição, desenvolver estratégias para optimizar a adaptação ao trabalho de parto. Esta área foi designada como: *Autocontrolo: Trabalho de parto* e enquadrável na CIPE® como um tipo de *Autocontrolo* com as seguintes características específicas: disposições tomadas para dominar, em si próprio, os sentimentos de ansiedade e gerir comportamentos relacionados com o trabalho de parto; promover actividades que ajudem a controlar a sensação de dor de trabalho de parto.

Identificámos, também, um conceito, partilhado entre os enfermeiros, que traduz a sua preocupação com a ligação que a mãe estabelece com o seu filho durante a gravidez. Esta ligação, na medida em que constitui uma preparação efectiva para a maternidade, assume, para os enfermeiros, particular importância. Este conceito foi designada como: *Ligação materno-fetal* e sugere-se a sua integração na CIPE® como um tipo de Vinculação com as seguintes características específicas: estabelecimento de laços afectivos e interacção entre a mãe e a criança, que ainda não nasceu.

Verificámos ainda que os enfermeiros tomam como área de atenção as contracções uterinas que surgem associadas ao processo de involução uterina pós-parto. Porém esta área não consta da classificação de focos da prática da CIPE®. De facto, na CIPE® apenas estão contempladas as contracções uterinas características do trabalho de parto, tanto as responsáveis pela dilatação (contracção uterina) como as que actuam na

expulsão do feto e placenta (expulsão uterina). Esta área foi designada por *Contracção uterina pós-parto (involução uterina)* e poderá ser enquadrada na estrutura da CIPE® como um tipo de Movimento muscular com as seguintes características específicas: contracção muscular do útero para hemostase, involução uterina e expulsão do conteúdo uterino após o parto.

Constatámos, também, que existe uma área de atenção relacionada com um tipo de dor específico, com características próprias, que acontece no período que se segue ao parto, que é sensível aos cuidados de enfermagem mas que a CIPE® não contempla. Esta área foi designada como: Dores pós-parto e é enquadrável na CIPE® como um tipo de Dor com as seguintes características específicas: sensação de dor tipo cólica, com origem num espasmo do músculo uterino à medida que o útero se contrai no período após o parto.

Uma outra realidade, que foi emergindo das descrições das áreas de atenção das enfermeiras do serviço de obstetrícia, está relacionada com o feto e o seu estado de saúde. São diversos os termos e as expressões usadas pelas enfermeiras que referem necessidades em cuidados relacionadas com a possibilidade de alteração, ou efectiva alteração, referida, na literatura, por *bem estar fetal*. Assim, admitimos que esta área de atenção constitui um outro foco da prática, que designámos por *Bem estar fetal*, com as seguintes características específicas: processo de troca de gases (dióxido de carbono fetal e oxigénio materno) entre a unidade útero-placentar e o feto; manifestado por frequência cardíaca fetal basal estável entre os 110 ppm e 150 ppm, variabilidade normal, acelerações esporádicas e ausência de desacelerações tardias. No entanto, ao contrário das propostas anteriores de novos focos, neste caso, não encontrámos fundamentação suficientemente coerente que nos permitisse posicionar este foco na estrutura da classificação dos foco da prática da CIPE®. Esta dificuldade prende-se sobretudo com o estatuto a atribuir ao feto. De facto, é indispensável continuar a discussão sobre se o feto, para efeitos desta classificação, é enquadrado como Indivíduo (*qualidades e características intrínsecas de um ser humano que o distinguem de um grupo de seres humanos*) ou se este enquadramento só deverá ser feito aquando do nascimento. Para efeito do aprofundamento desta discussão é também necessário ter em consideração a intima, e vital, ligação entre o feto e a mãe constituindo, de facto, uma

unidade materno-fetal. Esta é uma discussão e uma reflexão que deve continuar noutros espaços e noutros momentos.

Este estudo permite considerar que, de facto, a CIPE® foi concebida e está estruturada de modo a poder ser definida, testada, reformulada e aumentada por um processo de testagem consensual, tal como é indicado nos critérios para o seu desenvolvimento. A possibilidade real de identificar novos focos da prática e de proceder ao seu enquadramento na estrutura da CIPE® permite-nos comprovar a matriz lógica e coerente em que assenta esta classificação e assegurar a viabilidade do seu contínuo desenvolvimento. Este são, com certeza, aspectos muito positivos porque salvaguardam a possibilidade da CIPE® crescer e mudar à medida das evoluções e das transformações da enfermagem.

Podemos também concluir que os critérios definidos para o desenvolvimento da CIPE® são ajustados. A CIPE®, para além de se mostrar tão simples quanto o necessário para a sua efectiva utilização pelos enfermeiros, denota, também, que contempla uma parte muito significativa dos conceitos de focos da prática que os enfermeiros necessitam para enunciar as situações que determinam as intervenções de enfermagem auto-inciadas.

Por outro lado, a CIPE® parece constituir um instrumento útil e um pretexto interessante para os enfermeiros reflectirem, organizarem e desenvolveram os conceitos específicos da sua prática. De facto, as enfermeiras (em particular as que integraram o painel de peritos), quando inquiridas sobre a sua avaliação acerca da participação no estudo, expressaram várias opiniões em que valorizaram, de forma especial, a análise e as reflexões que fizeram em torno da enfermagem e que lhes permitiu uma "outra visão da prática de enfermagem" ou, até mesmo, o "questionar dos conceitos adquiridos". Parecem assim estar reunidas as condições para se poder evoluir na sistematização do processo de enfermagem e na apropriação dos conceitos que definem as áreas de atenção dos enfermeiros, tal como estão descritas pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da Enfermagem (CIPE®, 2000).

Para além das sugestões, decorrentes dos resultados do estudo, que fomos apresentando ao longo do texto, consideramos ser de toda a pertinência a realização de mais estudos sobre a validação teórica e prática dos focos da prática dos enfermeiros, no sentido de os

clarificar e de estabelecer critérios cada vez mais rigorosos para o seu diagnóstico. É também este o caminho para que apontam Maas, Hardy e Craft (*cit. In* Carpenito, 1997) quando lembram que uma disciplina prática para progredir deve ter conceitos claramente identificados, definidos e validados empiricamente, que descrevam o seu corpo de conhecimentos.

Com a realização deste estudo nunca foi nossa pretensão esgotar qualquer temática. Contudo, hoje, mais do que seu início, estamos consciente de que este trabalho deve ser encarado como um episódio de um processo que continuará em permanente desenvolvimento, acompanhando a constante evolução dos conceitos que definem a Enfermagem e as transformação que se registam nas suas práticas.

Este estudo permitiu-nos olhar a CIPE® como um "mapa" em construção capaz de representar o "território" da enfermagem como área de conhecimento e de prática. Assim, o desafio é aperfeiçoar o "mapa", tornando-o tão preciso quanto possível, por forma a representar, efectivamente, a prática de enfermagem. Pode ter mais ou menos detalhes, no entanto, deve, tal como um bom mapa, conter as informações relevantes para que qualquer enfermeiro se possa orientar no "território" representado. E, porque, tal como disse um dia Agostinho da Silva, "somos filhos do nosso tempo", chegou a hora de, pela apropriação e desenvolvimento do conhecimento, reforçar o papel relevante, e insubstituível, que os enfermeiros têm nas organizações de saúde e na sociedade em geral.

Bibliografia

ADAM, E. (1994) - ***Ser enfermeira***. Lisboa: Instituto Piaget.

AFFARA, F.; OGUISSO, T (2000) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ***Revista Enfermagem***. (Jan/Mar.), p.5-11.

ALFARO-LEFEVRE, R. (1996) - ***Pensamento crítico em Enfermagem: um enfoque prático***. Porto Alegre: Artes Médicas.

ALFARO-LEFEVRE, R. (1988) - ***Aplicacion del processo de enfermaria - guia practico***. Barcelona: Ediciones Doyma.

ALL, A.; HAVENS, R. (1997) - Cognitive/ concept mapping: a teaching strategy for nursing. ***Journal of Advanced Nursing.*** Vol. 25, p.1210-1219.

ALMEIDA, J.; PINTO, J. (1976) - ***A investigação nas ciências sociais***. Lisboa: Editorial Presença.

ALVEY, J. [et al.] (1995) - ***Formas de comunicação***. Lisboa: Editorial Teorema.

ANDRADE, L. (2000) - Puerpério e lactação. In GRAÇA, L. [et al.] - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. Vol.1.

ANTUNES, M. (2000) - A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In Garcia, T.; Nóbrega, M.; Garcia, T. - ***Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: Um trabalho colectivo***. Brasil: Idéia.

APÓSTOLO, J. (1999) - As perturbações afectivas do pós-parto. ***Revista Referência***, N.º 2 (Março), p.13-20.

ARENDS, R. (1995) - ***Aprender a ensinar***. Lisboa: Editora McGraw-Hill.

AZEVEDO, C.; AZEVEDO, A. (2000) - ***Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos***. 5ª ed. Porto: C. Azevedo.

BADINTER, E. (1980) - ***O amor incerto***. Lisboa: Relógio d'Água.

BAILEY, P. (1997) - Finding your way aronda qualitative methods in nursing research. ***Journal of Advanced Nursing***. vol. 25, p.18-22.

BANDMAN, E.; BANDMAN, B. (1995) - ***Critical thinking in nursing***. 2ª ed. Connecticut: Appleton & Lange.

BARBOSA, C. (1996) - ***Que cuidado de enfermagem?... Contributos para a conceptualização do cuidado de enfermagem na cultura portuguesa***. Porto: [s.n.]. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

BARDIN, L. (1991) - ***Análise de conteúdo***. Lisboa: Edições 70.

BARROS, A (2001) - International nursing language news: Brazil. [em linha] ***Nursing Diagnosis***. [consult. 14 Jan. 2002]. Disponível na www: <url:http://www.proquest>.

BASTO, M. (1998) - ***Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras***. Lisboa: Rei dos Livros.

BENNER, P. (2001) - ***De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem***. Coimbra: Quarteto.

BERKOW, R. (2000) - ***Manual Merck de saúde para a família***. Lisboa: Oceano.

BERLO, D. (1997) - ***O processo da comunicação - introdução à teoria e à prática***. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

BLEGEN M.; REIMER T. (1997) - Implications of Nursing Taxonomies for Middle-Range Theory Development. ***Adv. Nurs. Sci***. vol. 19, nº3, p.37-49.

BLOIS, M. (1984) - Information and Medicin - the nature of medical descriptions. University of California Press. *In* ***Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP versão alfa*** (1999): Lisboa: IGIF.

BOBAK, I. [et al.] (1999) - ***Enfermagem na maternidade***. 4ª ed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas L.da.

BOLANDER, V. (1998) - ***Sorensen e Luckmann Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica***. Lisboa: Lusodidacta.

BOWKER, G. [et al.] (2001) - Classifying Nursing Work. [em linha] ***Online Journal of Issues in Nursing***. [consult. 14 Jan. 2002]. Disponível na www: <url: http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/ tpc7_6.htm>

BOWLBY, J. (1990) - ***Apego***. 2ªed. São Paulo: Livraria Martins Fontes. Volume1 da Triologia Apego e perda.

BOWLBY, J. (1982) - ***Attachment and loss***: Vol.1 Attachment. New York: Basic Books.

BRAZÃO, R. (2000) - Analgesia e anestesia no parto: fisiologia. *In* GRAÇA, L. [et al.] - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. Vol.1.

BRAZELTON, T. (1989) - ***A relação mais precoce - Os pais, os bebés e a interacção precoce***. Lisboa: Terramar.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B.(1988) - ***O desenvolvimento do apego - uma família em formação***. Porto Alegre: Artes Médicas.

BROWNE, A. (1997) - A concept analysis of respect applying the hybrid model in cross-cultural settings. [em linha] ***Western Journal of Nursing Research***. [consult. 14 Jan. 2002]. Disponível na www: <url:Disponível em www: <urlhttp://proquest.umi.com/pqdweb>.

BURGESS, R. (1997) - ***A pesquisa de terreno: uma introdução***. Oeiras: Celta Editora.

CAMANO, L. [et al.] (2003) - ***Obstetrícia***. São Paulo: Editora Manole.

CANAVARRO, M. (1999) - ***Relações afectivas e Saúde mental - uma abordagem ao longo do ciclo de vida***. Coimbra: Quarteto.

CANAVARRO, M. (2001) - ***Psicologia da gravidez e da maternidade***. Coimbra: Quarteto.

CAPINHA, M. (1999) - Alterações psicossomáticas no pai durante o último trimestre da gravidez. ***Revista Referência***, N.º 2 (Março).

CARPENITO, L. (1997) - ***Diagnósticos de enfermagem - Aplicação à prática clínica***. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

CARVALHO, H. (1973) - ***Teoria da linguagem - Natureza do fenómeno linguístico e análise das línguas***. 3ª edição, Coimbra: Atlântida Editora.

CARVALHO, M.; TAMEZ, R. (2002) - ***Amamentação: bases científicas para a prática profissional***. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

CASEY, A. (1995) - Standard terminology for nursing: results of nursing, midwifery and health visiting terms project. ***Health Informatics***. Nº 1, p. 41-43.

CASSELL, C.; SYMON, G. (1994) - Qualitative Research in Work Contexts. In Qualitative Methods in ***Organizational Research***. London: Sage Publications.

CENTENO, M. [et al.] (1995) - Reanimação do recém-nascido. In Sociedade Portuguesa de Pediatria. Secção de Neonatologia da - ***Consensos em neonatologia***. Coimbra: RPM, Ideias e Comunicação.

CHINN, P.; KRAMER, M. (1991) - ***Nursing theory - a systematic approach***. 3ª ed. Unites States of America: Mosby Year Book.

CLARK J.; LANG N. (1992) - Nursing`s next advance: an international classification for nursing practice. ***International Nursing Review.*** Vol. 39, nº 4, p. 109-128.

CLARK, J. (1996) - How Nurses Can Participate in the Development of an ICNP. ***International Nursing Review***. Vol. 43, n.º 6, p. 171-174.

CLARK, J. (1998) - The International Classification for Nursing Practice Project. [em linha] ***Online Journal of Issues in Nursing***. [consult. 25 Mai. 2001]. Disponível na www: <url:http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_3.htm>.

CLARK, J.; CLARK, L. (1999) - We aim to differ /Response. [em linha] ***Nursing Standard***. [consult. 25 Mai. 2001]. Disponível na www: <url: http://proquest.umi.com/pqdweb >.

CLARK, J.; LANG, N. (1997) - The International Classification for Nursing Practice (ICNP): Nursing Outcomes. ***International Nursing Review***. Vol. 44, n.º 4, p. 121-124.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP versão alfa (1999) Lisboa: IGIF.

CLERGET, J. (1980) - ***Ser pai hoje***. Lisboa: Moraes Editores.

CLUETT, E.; BLUFF, R. (2000) - ***Principles and practice of research in midwifery***. London: Baillière Tindall.

COLLIÈRE, F (1989) - ***Promover a vida***. Lisboa: Sindicato Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE, F (1999) - ***Promover a vida***. 2ª ed. Lisboa: Sindicato Enfermeiros Portugueses.

COLMA, L. & COLMAN, A. (1994) - ***Gravidez: experiência psicológica***. Lisboa: Edições Colibri.

Conselho Internacional De Enfermeiras (2000) - ***Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão beta***. Lisboa: IGIF, APE.

CORREIA, M. (1998) - Sobre a maternidade. ***Análise Psicológica***. Nº 3 (XVI), p.365-371.

COUTINHO, E. (2000) - ***Uma perspectiva cultural de cuidar no parto***. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

CRUZ, D. (2000) - Fenómenos e intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In Nóbrega, M.;Garcia, T. - ***Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: Um trabalho colectivo***. Brasil: Idéia.

DAMÁSIO, A (1995) - ***O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano***. 13ª ed. Mem Martis: Gráfica Europam.

DAWES, B. (2001) - Communicating nursing care and crossing language barriers. [em linha] ***AORN Journal***. [consult. 31 Mai. 2001]. Disponível na www: <url: http://www.proquest.umi.com/pqdweb >.

DEBRAY-RITZEN, A. (1979) - ***Dicionário de psicologia da criança***. Viseu: Verbo.

DESHAIES, B. (1992) - ***Metodologia da Investigação em Ciências Humanas***. Lisboa: Instituto Piaget.

Dicionário da Língua Portuguesa (2001). Lisboa: Editorial Verbo & Academia de Ciências de Lisboa.

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa. (2001). Lisboa: Academia de Ciências e Editorial Verbo. 2 vol.

Dicionário de Medicina Óceano Mosby (2002). 4ª ed. Barcelona: Oceano.

DICKASON, E. [et al.] (1999) - ***Enfermaría maternoinfantil***. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace de España.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. (1999) - ***Maternal/newborn plans of care: guidelines for individualizing care***. 3ª ed. United States of America: Library of Congress.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M.(1992) - ***Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto interactivo***. Lisboa: Lusodidacta.

DORON, R.; PAROT F. (2001) - ***Dicionário de Psicologia***. Lisboa: Climepsi Editores.

DU GAS, B. (1984) - ***Enfermagem prática***. 4ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana.

EISENHAUER, L. (1998) - The reconstruction of professional knowledge. [em linha] ***Journal of Nursing Education***; [consult. 14 Jan. 2002]. Disponível na www: <url: http://www.proquest.umi.com/pqdweb >.

ELLIS, J.; BECKMANN (1986) - ***Manual de obstetrícia***. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil.

ELLIS, J.; HARTLEY, C. (1998) - ***Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências***. 5ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

ESPÍRITO SANTO, C. (1999) - A arte e a ciência da enfermagem contemporânea: necessidade de um modelo teórico que a fundamente, ***Revista Referência***, n.º 2 (Mar).

FAWCELL, J. (2001) - Writing, reviewing, and editing for other disciplines: Tips for retaining the nursing language. [em linha] ***Nurse Author & Editor***. [consult. 31 Mai. 2001]. Disponível na www: <url: http://www.proquest.umi.com/pqdweb >.

FERRARI, A (1982) - ***Metodologia da pesquisa científica***. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

FILIPE, M. (1997) - ***Interacção EESMO/utente: da concepção ao nascimento***. Porto: [s.n.]. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

FORD, P.; WALSH M. (1995) - ***New rituals for old: Nursing trough the looking glass***. 2ª ed., Oxford: Butterworth-Heinemann.

FORTIN, M. (1999) - ***O processo de investigação: da concepção à realização***. Loures: Lusociência.

FREITAS, F. [et al.] (1993) - ***Rotinas em obstetrícia***. Porto Alegre: Artes Médicas.

GARCIA, T.; NÓBREGA, M. (2000) - Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In Nóbrega,, M. & Garcia, T. - ***Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: Um trabalho colectivo***. Brasil: Idéia.

GEORGES, J. [et al.] (1993) - ***Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional***. Porto Alegre: Artes Médicas.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1993) - ***O inquérito: teoria e prática***, 2ª ed. Oeiras: Celta Editora.

GIL, M. (1998) - Dar sem (se) perder. ***Análise psicológica***. N.º 3 (XVI),p. 393-404.

GIL, A. (1995) - ***Métodos e técnicas de pesquisa social***. 4ª ed. São Paulo: Atlas.

GIOVINAZZO, R. (2001) - Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet - Vantagens e Ressalvas. ***Administração On Line: Prática, Pesquisa, Ensino***, Vol. 2. n.º 2 (abr/mai/jun).

GLEITMAN, H. (1999) - ***Psicologia***. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GLEITMAN, H. (1999) - ***Psicologia***. 4ª ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian.

GOMES PEDRO, J. (1982) - ***Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe - contributo para a interpretação clínica da interacção da díade***. Lisboa: [s.n.]. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.

GONÇALVES, P. (1999) - ***A acessibilidade à informação nas unidades de internamento hospitalar na perspectiva do doente.*** Porto: [s.n.]. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

GOOSSEN, W. (1998) - Uso de registos electrónicos dos pacientes para recolher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. ***Revista Enfermagem***, n.º 18, 2ª serie, p. 5-22.

GOOSSEN, W. (2000) - ***Towards strategic use of nursing information in the Netherlands***. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.

GORDON, M. (1990) - Toward theory-based diagnostic categories. ***Nursing Diagnosis***. N.º 1 (1), p.511.

GRAÇA, L. (1995) - ***Cardiotocografia: um diálogo com o feto***. Lisboa: Matriz.

GRAÇA, L. [et al.] (2000) - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. 2 vol.

GRODIN, L. [et al.] (1992) - ***Planificação dos cuidados de enfermagem***. Lisboa: Instituto Piaget.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. (1994) - ***Etnografia: métodos de investigación***. Barcelona: Ediciones Paidos.

HAY, W. [et al.] (1995) - ***Diagnóstico e tratamento em pediatria***. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

HAYAKAMA, S.; HAYAKAMA A. (1990) - ***Language in thought and action***. Fort Worth: Hartcout Brace.

HEATH, H. (1998) - Reflection and patterns of Knowing in nursing. ***Journal of Advanced nursing***. Vol. 27, nº 5, (Mai), p.1054-1059.

HENDERSON, V. (1969) - ***The basic principle of nursing care***. Genebra: International Council of Nurses.

HESBEEN, W. (2000) - ***Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar***. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2001) - ***Qualidade em Enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar***. Loures: Lusociência.

HOGSTON, R (1997) - Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. ***Journal of Advanced Nursing***. Vol. 26 (Set), p.496-500.

HOLMES, V.; GREGORY, D. (1998) - Writing poetry: a way of knowing nursing. ***Journal of Advanced Nursing***. Vol. 28, n.º 6 (Dec.), p.1191-1194.

HORNBY, A. (2000) - ***Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English***. 6ª ed. New York: Oxford University Press.

HOVENGA, E. (2001) - Nursing information and the use of electronic health records. [em linha] ***Australian Nursing Journal***. [consult. 14 Jan. 2002]. Disponível na www: <url: http://www.proquest.umi.com/pqdweb >.

International Council of Nurses (2001) - ***Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP - versão Beta***. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses. ICNP - ***International Classification for Nursing Practice***. [em linha] [consult. 15 Mai 2000]. Disponível na www: <url: http://www.icn.ch/icnpupdate.htm >.

IPOLA, E.; CASTELLS, M. (1982) - ***Prática epistemológica e ciências sociais***. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

IYER, P.; [et al.] (1993) - ***Processo e diagnóstico de enfermagem.*** Porto Alegre: Artes Médicas.

JENSEN, M.; BOBAK, I. (1991) - ***Essentials of maternity nursing***. 3ª ed. Unites States of America: Library of Congress.

JESUS, É. (1999) - ***A decisão clínica de enfermagem***. Porto: [s. n.] Tese de Mestrado apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

JOHNSON, M. [et al.] (2001) - ***Nursing Diagnoses, Outcomes & Interventions*** - NANDA, NOC and NIC linkages. United States of America: Mosby.

JUSTO, C. (1994) - ***Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde: metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informantes chave da comunidade***. Porto: [s.n.]. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

JUSTO, C. (1995) - Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde: metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade. ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, Vol. 13, n.º4 (Out/Dez), p.31-46.

JUSTO, J. (1990) - Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. ***Análise psicológica***. N.º 4 (VIII), p.371-376.

KAYO, E.; SECURATO, J. (1997) - Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. ***Cadernos de Pesquisa em Administração***. Vol.1, n.º 4, p. 51-61.

KENNEDY, C. (1999) - Participant observations as a research tool in a practice based profession. [em linha] ***Nurse Researcher***. [consult. 15 Jan 2001]. Disponível na www: <url: http://proquest.umi.com >.

KÉROUAC, S. [et al.] (1996) - ***El pensamiento enfermero***. Barcelona: Masson.

KETELE, J.; ROEGIERES, X. (1999) - ***Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos***. Lisboa: Instituto Piaget.

KLAUS, M.; KENNEL, J. (1993) - ***Pais/bebé: a formação do apego***. Porto Alegre: Artes Médicas.

KOSTENBAUDER, M. (1995) - ***Maternal-Newborn Nursing***. 2ª ed. United States of America: Library of Congress.

LAMB, M. (1998) - Concept analisys of relating: A human response pattern. [em linha] ***Nursing Diagnosis***. [consult. 14 Jan 2002]. Disponível na www: <url: http://proquest.umi.com >.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. (1999) - ***A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas***. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

LEININGER, M. (1991) - ***Culture Care and University: A theory of nursing***. New York: Madeleine M. Leininger Editor.

LESSARD-HÉRBERT, M [et al.] (1994) - ***Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas***. Lisboa: Instituto Piaget.

LIMA, A. [et al.] (1979) - ***Introdução à antropologia cultural***. 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (2001) - ***Pesquisa em enfermagem***. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

LOPES, M. (1999) - ***Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações***. Lisboa: [s. n.] Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada à Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

LOWDERMILK, D. [et al.] (2002) - ***O cuidado em Enfermagem Materna***. 5ª ed. Porto Alegre: Artemed.

LUSSATO, B. (1995) - ***Informação, comunicação e sistemas***. Lisboa: Dinalivros.

MACHADO, M. (2000) - Anomalias do trabalho de parto. *In* GRAÇA, L. [et al.] - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. Vol.1

MACHADO, M. (2000) - Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. *In* GRAÇA, L. [et al.] - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. Vol.1.

MACHADO, P. (2001) - ***Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários: contributo para um discurso mais rigoroso***. Porto: [s.n.]. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MAGALHÃES, M (1999) - ***A invisibilidade da prática de enfermagem e a face qualificante do hospital: um estudo de caso***. Porto: [s.n.]. Tese de Mestrado apresentado à Universidade do Porto- Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MALDONADO M. (1976) - ***Psicologia da gravidez, parto e puerpério***. Petrópolis: Vozes.

MANVILA, L. [et al.] (2001) - ***Dicionário médico***. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. (1999) - ***Técnicas de pesquisa***. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

MARTÍ, G. [et al.] (2000) - ***Enfermaría psicosocial y salud mental***. Barcelona: Masson.

MATTAR, R.; ABRÃO, A (2003) - Aleitamento materno: manejo clínico. *In* CAMANO, L. [et al.] (2003) - ***Obstetrícia***. São Paulo: Editora Manole.

MATTAR, R.; MENDES, E. (2003) - Abortamento. *In* CAMANO, L. [et al.] (2003) - ***Obstetrícia***. São Paulo: Editora Manole.

MATTAR, R. [et al.] (2003) - Normas assistenciais básicas aos períodos clínicos na parturição. *In* CAMANO, L. [et al.] (2003) - ***Obstetrícia***. São Paulo: Editora Manole.

MCGARRY, K. (1984) - ***Da documentação à informação: um contexto em evolução***. Lisboa: Editorial Presença.

MCKENNA, G. (1994) - Cuidar é a essência da prática da enfermagem. ***Nursing***, Ano 7, n.º 80, p.33-36.

MEINER, S. (1999) - ***Nursing documentation - legal focus across practice settings***. United States of America: Sage Publications.

MELEIS, A (1991) - ***Theorical nursing: development & progress***. 2ª ed., Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

MELEIS, A; TRANGENSTEIN, P. (1994) - Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission. ***Nursing Outlook***, (Nov/Dec), p.255-259.

MENDES, I. (2002) - ***Ligação materno-fetal***. Coimbra: Quarteto.

MIURA, E.; PROCIANOY, R. (1997) - ***Neonatologia: princípios e prática.*** 2ªed. Porto Alegres: Artes Médicas.

MONIZ,C.; GRAÇA, A. (2000) - Reanimação do recém-nascido na sala de partos. Conceitos e atitudes. *In* GRAÇA, L. [et al.] - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. Vol.1.

MORSE, J. (1995) - Exploring the theoretical basis of nursing using advanced tecniques on concept analysis. ***Advances in Nursing Science*** (Mar), p.31-46.

MORSE, J. [et al.] (1991) - Comparative analyses of conceptualisations and theories of caring. ***Image Journal of Nursing Scholarship***. Vol. 23, n.º 2, p.119-126.

MORSE, J. [et al.] (1990) - Concept of caring and caring as a concept. ***Advanced Nursing Science***. Vol. 13, n.º 1, p.1-14.

MORSE, J.; FIELD, P. (1998) - ***Nursing research. The application of qualitative approaches***. 2ª ed. United Kingdom: Stanley Thornes.

MORSE, J.; FIELD, P. (1995) - ***Qualitative research methods***. London: Sage Publications.

MORTEN, H. (1992) - ***Dicionário de enfermagem***. Lisboa: Publicações D. Quixote.

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. (1990) - ***Dissenções e consenso. Uma teoria geral das decisões colectivas***. Livros Horizonte.

NEESON, J. (1995) - ***Consultor de enfermaria obstétrica***. Barcelona: Oceano Grupo Editorial. Vol. 1.

NICOULIN, M. [et al.] (2001) - ***Dicionário médico***. 2ª ed. Coimbra: Climepsi Editores.

NIELSEN, G.; MORTENSEN, R. (1996) - The Architecture for an International Classification for Nursing Practice (ICNP). ***Int. Nurs. Review***. Vol.43, nº 6, p.175-182.

NIGHTINGALE, F. (1989) - ***Notas de enfermagem - o que é e o que não é***. São Paulo: Cortez.

NOBREGA, M.; GUTIÈRREZ, M. (2000) - ***Equivalência Semântica da Classificação de Fenómenos de Enfermagem da CIPE versão alfa.*** Brasil: Idéia.

NORTH, S. [et al.] (1996) - Improving documentation of initial nursing assessement. [em linha] ***Nursing Management***. [consult. 14 Jan 2002]. Disponível na www: <url: http://proquest.umi.com >.

Nursing Next Advantage: An International Classification for Nursing Practice (ICNP) (1993) - A Working Paper. Revised October, Geneva: ***International Council of Nurses***.

OGUISSO, T. (1997) - A enfermagem e a mudança nos serviços de saúde. ***Revista Enfermagem***. N.º 8 (2ª serie) (Out/Dez), p.37-44.

OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. (2001) - ***Enfermagem pediátrica contemporânea***. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2002) - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. ***Revista Ordem dos Enfermeiros.*** Nº6 (Mar), p.39-42.

OMS & UNICEF (1993) - ***Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento***.

OXORN, H. (1989) - ***Trabalho de parto***. 5ª ed. São Paulo: Roca.

PAPALIA, D.; OLDS, S. (2000) - ***Desenvolvimento humano***. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.

PARAHOO, K. (1997) - ***Nursing research: principles, process and issues***. Great Britain: PALGRAVE.

PARISH, C. (2001) - Make IT work. [em linha] ***Nursing Standard***; Harrow-on-the-Hill, p.13, 14 in http://proquest.umi.com/pqdweb (14-01-2002).

PARREIRA, M. (2000) - A investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica. ***Revista Investigação em Enfermagem***. N. º 2 (Ago), p.39-48.

PAUL R.; HEASLIP, P. (1995) - Critical thinking and intuitive nursing practice. ***Journal of advanced Nursing.*** Vol. 22, p.40-47.

PAUL, C.; REEVES, J. (1993) - Visão geral do processo de enfermagem In GEORGE, J. - ***Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional***. Porto Alegre: Artes Médicas.p.21-32.

PAYNE, R. (2002) - ***Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde***. 2ª ed. Loures: Lusociência.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) - ***Modelos para o exercício de enfermagem***. ACEPS.

PEREIRA, F. (2001) - ***Valor e Teor da informação***. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

PERRY, A; POTTER, P. (1998) - ***Grande Tratado de Enfermagem Prática. Conceitos básicos, teoria e prática hospitalar***. 3ª ed. São Paulo: Santos Livraria.

PESUT, D.; HERMAN, J. (1999) - ***Clinical reasoning: the art & science of critical & creative thinking***. United States of America: Delmar Publishers.

PHANEUF, M. (2001) - ***Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado***. Coimbra: Quarteto.

PIO ABREU, J. (1998) - ***Comunicação e Medicina***. 2ª ed. Coimbra: Virtualidade.

PLONSKI, G. (2001) - Questões tecnológicas na sociedade do (des)conhecimento. [em linha] ***Revista Iberoamericana de Ciência, Tecnologia, Sociedad e Innovación.*** [consult. 14 Jan 2002]. Disponível na www: <url: http://www.campus-oei.org/revistactsi/numero1/plonski.htm>.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1997) - ***Investigation científica en Ciências de la salud***. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.

POTTER, P.; PERRY, A (2001) - ***Grande Tratado de Enfermagem Prática. Conceitos básicos, teoria e prática hospitalar***. São Paulo: Santos Livraria.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1998) - ***Manual de investigação em ciências sociais***. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.

RAFFENSPERGER, E. (2002) - ***Manual de la Enfermaría***. Barcelona: Océano.

RAMANATHAN, S. (1995) - ***Anestesia obstétrica***. Rio de Janeiro: Revinter.

REBELO,T. (1998) - Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos?. ***Revista Enfermagem*** n.º 10, p. 14 -19.

REECE, E. [et al.] (1996) - ***Compêndio de medicina fetal e materna***. Porto Alegre: Artes Médicas.

REY, L. (1999) - ***Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde***. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

REZENDE, J. (1995) - ***Obstetrícia***. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

RIBEIRO, L. (1995) - ***Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral***. Lisboa: Educa, Sindicato dos Enfermeiros portugueses.

ROPER, N. [et al.] (1995) - ***Modelo de Enfermagem***. 3ª ed. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.

RUBIN, R. (1963) - Maternal touch at first contact with the newborn infant. ***Nurs Outlook***. N.º 11, p.828.

SALGUEIRO, A (1994) - A enfermagem amanhã. ***Revista Nursing***, Ano 7, N.º 77 (Jun), p.8-10.

SANTOS, B. (1993) - ***Um discurso sobre as ciências***. 6ª ed. Porto: Afrontamento.

SAVAGE, J. (2000) - Participative observation: Standing in the shoes of others?. [em linha] ***Qualitative Health Research.*** [consult. 28 Ago 2001]. Disponível na www: <url: http://proquest.umi.com >.

SCHAFFER, H. (1999) - ***Desenvolvimento social da criança***. Lisboa: Instituto Piaget.

SETZER, V. (2001) - ***Dado, Informação, Conhecimento e Competência***. [em linha] [consult. 28 Ago 2001]. Disponível na www: <url: http://www.ime.usp.br/~vwsetzer/dado-info.html>.

SILVA, A. (1995) - ***Registos de enfermagem: da tradição Scripto ao discurso Informo***. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SILVA, A. (2000) - ***Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Estudo de implementação***. Porto: [s.n.]. Trabalho apresentado em Concurso de Provas Públicas para categoria de Professor-Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de S. João.

SILVA, A. (2001) - ***Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa de mudança***. Porto: [s.n.]. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SILVA, M. (2000) - ***Capacidades e disposição para o pensamento critico***. Porto: [s.n.]. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SOARES, I. (1993) - ***Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: estudo intergeracional mãe-filho(a)***. Porto: [s.n.]. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

SOARES, M. (2000) - Hemorragias da gravidez inicial. *In* GRAÇA, L. [et al.] - ***Medicina Materno fetal***. 2ª ed. Lousã: LIDEL Edições Técnicas. Vol. 2.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. Secção de Neonatologia (1995) - ***Consensos em neonatologia***. Coimbra: RPM, Ideias e Comunicação.

SOIFER, R. (1980) - ***Psicologia Da gravidez, parto e puerpério***. Porto Alegre: Artes Médicas.

SOIFER, R. (1991) - ***Psicologia da gravidez, parto e puerpério***. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

STALLKNECHT, K. (2000) - Enfermeiras e Enfermeiras Obstétricas - uma força para a saúde. **Revista Enfermagem**, N.º 20 (Out/Dez), p.37-43.

STOPPARD, M. (2000) - ***Bebés e crianças: manual de cuidados médicos***. 2ª ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

SUDDARTH, D. (1994) - ***Prática de enfermagem***. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SWANSON, K. (1991) - Empirical development of a middle range theory of caring. ***Nursing Research***. Vol. 40, nº 3 (Mai/Jun), p.161-166.

SWANSON, K. (1993) - Nursing as Informed Caring for the Well-being of Others. ***Journal of Nursing Scholarship***, Vol. 25, Nº 4, p.355.

TAYLOR, S.; BOGDAN, R. (1986) - ***Introducción a los métodos cualitativos de investigatión: La búsqueda de significados***. Buenos Aires: Ediciones Paidos.

THOMPSON, W. (1977) - ***Dicionário enciclopédico de medicina***. 3ª ed. Lisboa: Argo Editora.

TIERNEY, A (1998) - Nursing models: extant or extinct?. ***Journal of Advanced Nursing***. Vol. 28, n.º 1 (Jul), p.77-85.

TORRINHA, F. (1999) - ***Dicionário da língua Portuguesa***. Lisboa: Editorial Notícias.

TRIVIÑOS, A (1992) - ***Introdução à pesquisa qualitativa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação***. São Paulo: Editora Atlas.

VALA, J. (1986) - ***Metodologias das ciências sociais***. Porto: Edições Afrontamento.

VALENTE, I. (2002) - ***Autoconceito em estudantes de enfermagem***. Coimbra: Quarteto.

WHITE, J. (1995) - Patterns of knowing: review, critique, and update. ***Advances in Nursing Science***. Vol. 17, N.º 4.

WONG, D. (1999) - ***Whaley & Wong Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva***. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. (2000) - Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. ***Caderno de Pesquisas em Administração***. Vol. 1, n.º 12.

Anexos

Anexo 1 - Autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano para a realização do estudo 278

Anexo 2 - Descrição do conteúdo dos impressos usados nas unidades de cuidados onde decorreram o estudo 279

Anexo 3 - Questionário lançado na primeira ronda (conteúdo) 283

Anexo 4 - Questionário lançado na segunda ronda (conteúdo) 302

Anexo 5 - Questionário lançado na terceira ronda (conteúdo) 322

Anexo 6 - Resultados da análise dos dados recolhidos (documentação, observação participante e entrevista) 331

Anexo 7 - Níveis de concordância entre focos da prática e expressões usadas pelas enfermeiras obtidos na primeira ronda 340

Anexo 8 - Focos da prática sugeridos pelos peritos, na primera ronda 343

Anexo 9 - Níveis de concordância entre focos da prática e expressões usadas pelas enfermeiras obtidos na segunda ronda 351

Anexo 10 - Focos da prática no âmbito de enfermagem de saúde materna e obstetrícia 353

Anexo 11 - Níveis de discordância entre focos da prática e expressões usadas pelas enfermeiras obtidos na segunda ronda 355

Anexo 12 - Níveis de concordância e comentários dos peritos relativos às definições dos focos da prática 357

Anexo 1 - Autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano para a realização do estudo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS
RUA DR EDUARDO TORRES - 4454-509 MATOSINHOS
TELEF. 229391000 - LINHA AZUL 229391100 - FAX 229391654

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exma. Senhora
Assistente Alexandrina Maria Ramos Cardoso
da Escola Superior de Enfermagem de S. João
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 PORTO

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
		Ofício n.º 1154/S.P.	23-07-2001

ASSUNTO: REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NA AREA DA "ADEQUAÇÃO CULTURAL DE TERMOS E DEFINIÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRATICA DE ENFERMAGEM (CIPE), NUM SERVIÇO DE OBSTETRICIA"

Em resposta ao pedido de 17-07-01, sobre o assunto em epígrafe, informo V. Exa. que o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos

O Vogal Executivo

(Pedro Esteves)

Anexo 2 - Descrição do conteúdo dos impressos usados nas unidades de cuidados onde decorreram o estudo

Em seguida apresenta-se uma breve análise de cada um dos impresso das diferentes unidades. Nesta apreciação cada um dos impressos é identificado de acordo com a designação que têm visível no cabeçalho.

Serviço Bloco de partos

O impresso "*Internamento*" é o repositório dos dados que referem o motivo de internamento (trabalho de parto, rotura de bolsa de águas, parto pré-termo; etc.), a data e a hora de internamento e a proveniência (consulta, urgência). Incluem também dados pré-natais (local da assistência, n.º de consultas de vigilância de gravidez, e intercorrências durante a gravidez em termos de diagnósticos médicos (diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, etc.). Abarcam ainda dados para caracterização da grávida no momento da admissão (idade gestacional, tensão arterial, altura uterina, proteinúria, estado da bolsa de águas, apresentação fetal, etc.). Esta parte do impresso funciona como colecção dos dados relativos à avaliação inicial.

O impresso "*História clínica*" ´é o repositório dos dados que, conforme o nome indica, refere o histórico da pessoal nomeadamente os antecedentes da grávida e do progenitor. É este impresso que contém os dados que relativos à idade, ao grupo sanguíneo, aos hábitos, à profissão, aos antecedentes obstétricos (gesta, para, abortamentos, filhos vivos, parto pré-termo).

O impresso "*Bloco de partos*" (habitualmente designado de "*Partograma*") é o repositório de dados relativos ao trabalho de parto (frente) e parto, e recém-nascido (verso). Neste impresso são coligidos os dados relativos à gravidez e que são relevantes para a vigilância do trabalho de parto (gestação vigiada ou não, gestação única ou múltipla, data última menstruação, idade gestacional, paridade - gesta e para; resultados de análises realizadas durante a gravidez (antigénio Hbs, etc.); grupo sanguíneo da grávida e do progenitor. Neste impresso é também possível indicar, em texto livre, os "problemas/riscos para o parto". Outro campo de dados destina-se ao modo de início do trabalho de parto (espontâneo ou induzido), ao Índice de Bishop e à rotura de membranas (espontânea/artificial, data e hora da rotura, características do liquido amniótico - normal, tingido, mecónio, fétido, hemático).

Em relação ao trabalho de parto existem três campos para registo de informação: avaliação inicial do toque vaginal em termos de extinção, dilatação, consistência e posição do colo uterino apresentação fetal e Plano de Hodge. Este é o ponto de partida do partograma (segundo campo). O partograma é uma representação gráfica do desenrolar no tempo do trabalho de parto em termos de descida da apresentação e dilatação cervical. No eixo das abcissas temos a hora e no eixo das coordenadas temos o plano de Hodge (I,II,III,IV) e a dilatação em centímetros (de 1 a 10 centímetros).

O terceiro campo corresponde ao repositório dos dados que referem as condições do colo, Plano de Hodge, estado da bolsa de águas e características de liquido amniótico e características dos ruídos cardíacos fetais e/ou cardiotocograma (CTG), e terapêutica prescrita ou notas. De cada vez que é processado um dado num destes itens é inserida a data e a hora.

No verso deste impresso são agrupados os dados que descrevem o parto e as condições do recém-nascido. Os dados que descrevem o parto são, entre outros: data e hora, tipo de parto (eutócico, ventosa ou fórceps), tipo de anestesia/analgesia, características da placenta e dequite (espontâneo ou artificial), características do cordão umbilical (circulares ou outras anomalias), estado do canal de parto (integro, episiotomia, colpoperinoerrafia, laceração), duração da rotura de membranas).

Os dados que referem o recém-nascido incluem sexo (masculino ou feminino), peso, Índice de Apgar, exame físico geral (com anomalias/sem anomalias) entre outros.

O impresso "*Parto*" agrupa as informações relativas ao trabalho de parto, parto e recém-nascido e destina-se sobretudo a fins estatísticos. Este impresso é usualmente designado de "*Folha de estatística*". Este impresso inclui itens de dados e possibilidades de opção, por exemplo, em relação ao parto data e hora do parto, liquido amniótico (1 - claro, 2 - mecónio, 3 - hemático, 4 - ausente), CTG (1 - não efectuado, 2 - padrão normal, 3 - padrão suspeito, 4 - padrão patológico), parto com acompanhante (1 - sim, 2 - não); em relação ao recém-nascido, os dados referem-se ao sexo, peso, malformações aparentes e Índice de Apgar.

O impresso designado por "*Folha de enfermagem*" agrupa os dados incluídos em impressos anteriores mas que são transcritos para este impresso como síntese do que foi registado nos impressos referidos anteriormente. Este impresso agrupa dados relativos à mãe, à gestação, ao parto e ao recém-nascido. No campo "*mãe*" estão incluídos dados relativos à idade, hábitos, antecedentes patológicos e medicação habitual; no campo "gestação" estão incluídos dados relativos à gravidez - única ou múltipla, vigiada ou não, índice obstétrico (gesta, para, abortamentos, filhos vivos), e idade gestacional; em relação ao campo "*parto*" são inseridos dados relativos à data e hora do parto e da rotura de membranas, tipo de parto (eutócico, ventosa, fórceps), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou outra), variedade e outras observações. Neste campo também estão contempladas informações relativas a exames do sangue da mãe e exames de sangue do cordão (grupo ABO e Rh). O campo para documentar dados referentes ao "*recém-nascido*" permite o registo do sexo, da raça, do peso, do comprimento, do perímetro cefálico, do Índice de Apgar, da reanimação (aspiração de secreções da orofaringe, administração de oxigénio por máscara ou ambu, entubação endotraqueal), do exame físico inicial (sem anomalias/com anomalias) e dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido (administração de Vitamina K, 1 miligrama, intramuscular; desinfecção do coto umbilical; desinfecção ocular; identificação: pulseira)

No verso deste impresso é possível documentar, em texto livre, informação de natureza diversa, referenciando a data e a hora.

Serviço Puerpério

A equipa de enfermagem do serviço Puerpério desenvolveu um modelo de recolha e registo de dados específico para cada tipo de puérpera tomando por referência o tipo de parto (vaginal ou abdominal). Para documentar os cuidados de enfermagem em cada uma destas situações foi criado um impresso diferente. O impresso que funciona como repertório dos dados relativos às puérperas de parto vaginal (eutócico, fórceps ou ventosa) é designado por "*Obstetrícia - notas de enfermagem*". O impresso que funciona como repertório dos dados relativos às puérperas de parto abdominal (cesariana) é designado por "*Obstetrícia cesariana - notas de enfermagem*". Foi também estruturado um modelo de recolha e registos dos dados que se reportam ao recém-nascido, designada por "*Avaliação de enfermagem - recém-nascido*".

O impresso "*Obstetrícia - notas de enfermagem*" está estruturada em três partes principais. Na primeira parte agrupa dados que referem antecedentes da puerpera (dia e hora do parto, gravidez vigiada ou não, tipo de parto - eutócico, fórceps ou ventosa, grupo de sangue, idade gestacional, tipo de analgesia e índice obstétrico (gesta, para, abortamento) e dados relativos à avaliação inicial, isto é, quando a puérpera é admitida no serviço. Estes dados referem-se ao estado do Globo de Segurança de Pinard (formado, mal formado, não formado), estado do períneo (integro, "com epsiotomia", laceração), características dos mamilos (bem ou mal formados), tensão arterial (normotensa, hipotensa, hipertensa), levante e micção espontânea. Nesta parte tem ainda espaço para observações, que usualmente é utilizado para registar aspectos relevantes que possam interferir com o processo de cuidados em texto livre.

A segunda parte deste impresso está estruturada para funcionar como um plano de cuidados que contem os itens a vigiar e as diferentes possibilidades do resultado da vigilância e intervenção. O registo inclui a data, o turno e a assinatura ou n.º mecanográfico e assinalar com uma "X" na quadrícula correspondente ao turno e à avaliação realizada.

Os parâmetros, específicos deste período - puerpério, traduzem as áreas de atenção de atenção e os resultados mais frequentes nestas situações. Por exemplo, face ao parâmetro "útero" a avaliação possível, pré-definida no impresso, é "boa involução" ou "má involução"; face ao parâmetro "aleitamento materno" é possível associar "sem dificuldade", "com dificuldade", "não",

"inibição"; face ao parâmetro "ensinos" pode-se associar "aleitamento", "desinfecção" ou "esvaziamento mamário". A leitura que se faz destes registos é que quando a "X" existe na direcção daquele parâmetro é que foi realizado ou avaliado naquele turno e por aquela enfermeira, como se ilustra na figura que se segue:

Dia		25/10					
Turno		M	T	N	M	T	N
Mamas	Com colostro	X					
	Sem colostro						
	Tensas	X					
	Túrgidas						

Exemplo de registo do impresso "*Obstetrícia - notas de enfermagem*"

A leitura que se faz deste registo é que no dia 25 do 10, no turno da manhã, esta puerpera tinha as mamas com colostro e estavam tensas.

Na terceira parte deste impresso (verso) é destinado a "notas de evolução" em texto livre.

O impresso "*Obstetrícia cesariana - notas de enfermagem*" segue as mesmas linhas orientadoras de preenchimento e estrutura do modelo anterior. Assim, a primeira parte inclui dados referentes aos antecedentes da puérpera (dia e hora do parto, gravidez vigiada ou não, grupo de sangue, idade gestacional, e índice obstétrico - gesta, para, abortamento) e à avaliação inicial. Os dados resultantes da apreciação inicial incluem: tipo de anestesia (epidural, raquianestesia, geral), estado do globo de segurança de Pinard (formado, mal formado, não formado), quantidade de lóquios (escassa, normal, moderada, abundante), tensão arterial (normotensa, hipotensa, hipertensa), mamilos (bem ou mal formados), levante e micção espontânea. Também neste impresso existe um espaço para documentar observações em texto livre.

A segunda parte segue os moldes de estrutura, preenchimento e de leitura do impresso anterior. Assim, os parâmetros que traduzem os aspectos a que as enfermeiras estão atentas são, a título de exemplo, eliminação vesical (algaliação) em que as opções em termos de vigilância, intervenção e/ou avaliação são: nível de saco, débito de turno, urina límpida, urina concentrada, hematúria, desalgaliada, micção espontânea; penso cirúrgico (limpo e seco, repassado), etc.

Na terceira parte deste impresso (verso) é destinado a "notas de evolução" em texto livre.

O impresso "*Avaliação de enfermagem - recém-nascido*" está, também, estruturado nos mesmos moldes, ou seja, em três partes e com as mesmas regras de preenchimento e leitura.

A primeira parte corresponde a agrupamento de dados relativos ao recém-nascido e que se reportam na nascimento (data e hora do parto, sexo, Índice de Apgar, tipo de parto, colheita de sangue do cordão ou não, resultado do teste de Coombs - positivo ou negativo, grupo sanguíneo e grupo sanguíneo da mãe) e primeira avaliação em termos de dados antropométricos (peso, perímetro cefálico, comprimento). Nesta parte também tem um campo para registo do valor da glicemia capilar do recém-nascido quando é admitido no serviço.

A segunda parte está estruturada tipo plano de cuidados relacionando alguns parâmetros com o decorrer do tempo de internamento (desde a admissão à alta). Assim, as primeira notas (admissão) incluem a avaliação inicial do recém-nascido de acordo com os parâmetros definidos. Os parâmetros são, por exemplo, vitalidade - boa ou má; pele (cor/aspecto) - rosada/pálida, cianose facial/periférica, plectórica, ictérica, fototerapia, hidratada/descamativa, eritema/ptéquias/outro; choro - vigoroso/débil, gemido contínuo, gemido intermitente, gemido á manipulação; tolerância alimentar - boa/nauseado/outros (dx), hora da última mamada. Nos casos em que existe diferentes possibilidades e a apresentação incluía "/" (por exemplo - sucção: boa/razoável/fraca) em vez da "X" regista-se a inicial da palavra. Por exemplo, se a sucção estava "razoável" registava-se "R" na quadrícula respectiva conforme se ilustra na seguinte esquema:

Dia		Admissão			1º dia			2º dia		
Turno		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Sucção	Boa/Razoável/Fraca	-	**R**							

Exemplo de registo do impresso "*Avaliação de enfermagem - recém-nascido*"

A leitura que se pode fazer é que o recém-nascido foi admitido no turno da tarde e nesse momento a avaliação da "sucção" foi "razoável".

Na terceira parte deste impresso (verso) é destinado a "notas de evolução" em texto livre.

No Puerpério existe ainda um impresso, cujo propósito é promover a continuidade de cuidados entre o Hospital e o Centro de saúde a que pertence a puérpera e o filho, designado por "*Carta de referência multidisciplinar - obstetrícia: cuidados continuados*". Este impresso comporta informação dada pelo médico, e informação que o enfermeiro documenta num campo designado por "Informação de enfermagem", em texto livre. Este impresso só é utilizado se houver alguma situação de cuidados especiais, caso contrário é o Boletim de Saúde da Grávida que cumpre o propósito de troca de informação entre as duas instituições.

Unidade Grávidas de risco

Os impressos utilizados nesta unidade são os impressos usados no Bloco de partos, nomeadamente os impressos designados por *"Internamento"* e "*história clínica*". Estes impressos são o repertório dos dados relativos ao histórico e à avaliação inicial e o seu preenchimento inicia-se no Bloco de partos (admissão).

Nesta unidade a documentação das actividades de enfermagem é realizada nos impressos "*Notas de enfermagem*" em texto livre.

No serviço de **Puerpério** e **Unidade de Grávidas de risco** existe um conjunto de impressos destinados a recolher dados sobre a observação contínua das utentes, designada por "*Folha de registo de dados fisiológicos*", nomeadamente, sinais vitais, diurese, peso, e "pesquisas" - glicosúria, cetonúria, glicemia, insulina. Nestas unidades existe, também, a "*folha de terapêutica*" é o impresso onde é documentada a medicação administrada e algumas atitudes terapêuticas realizadas. No Bloco de partos a medicação administrada e atitudes terapêuticas realizadas são documentadas no impresso "*Bloco de partos*" - partograma. Todos os impressos tem um espaço para colar a vinheta que identifica a utente ou no caso de recém-nascido a identificação acresce de "*Filho de* ".

Anexo 3 - Questionário lançado na primeira ronda

Focos da prática de Enfermagem

em Saúde Materna e Obstetrícia

Questionário do Estudo Delphi

1ª ronda

Objectivo e breve explicação deste questionário

Este questionário emerge da necessidade de recolha de opinião de peritos e informantes chave decorrente do estudo "*Focos da Prática de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícid*". Este questionário visa recolher opiniões de peritos e informantes chave em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia sobre os focos da prática dos enfermeiros no contexto da Saúde Materna e Obstetrícia. Procura obter-se consensos sobre os *focos da prática de enfermagem* que emergem da informação veiculada pelas enfermeiras, quer na documentação quer durante a passagem de turno, para descrever necessidades de cuidados de enfermagem nos serviços de Grávidas de Risco, Bloco de Partos e Puerpério. Assume-se a definição de "Foco da Prática de Enfermagem" enquanto área de atenção, de acordo com os mandatos sociais, matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem, ou seja, áreas de preocupação sensíveis aos cuidados de enfermagem, que o enfermeiro identifica e em função das quais determina as intervenções adequadas.

Começámos o percurso na busca dos termos usados pelas enfermeiras para descreverem a necessidade de cuidados, primeiro, analisando a documentação produzida pelas enfermeiras. E num segundo momento, para identificar os termos usados para descrever a necessidade de cuidados na oralidade (Passagem de turno). A partir desta recolha fomos procedendo à análise do material recolhido, usando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão Beta 2, como matriz estruturante e onde, a partir da associação do significante (o termo) ao significado (conseguido através de entrevistas informais após as passagens de turno), fomos evoluindo no processo de análise.

Durante a análise, constatámos haver focos da prática cuja inferência é imediata. Noutras situações, o nível de subjectividade foi reduzida. Estes foram os casos em que o significante era sinónimo do foco da prática ou da sua característica definidora. Por exemplo, "*dificuldade respiratórid*" ë "Dispneia"; do mesmo modo que "*adejo nasal*" é característica definidora de "Dispneia". Outro exemplo, a partir do enunciado "*bons reflexos de sucção*" permite inferir "Sucção" como foco da prática. Da mesma forma que, perante o enunciado "*contracção uterina dolorosa*" se pode inferir, com nível reduzido de subjectividade, que o foco da prática é "Dor de trabalho de parto".

No entanto existem significantes em que a associação aos focos da prática envolve níveis de subjectividade média ou elevada. Por exemplo, quando as enfermeiras referem "liquido amniótico com mecónio" qual a sua preocupação? É o risco de "Aspiração" aquando do nascimento da criança? É o risco de comprometimento da "Perfusão dos tecidos"? Ou ambos? E quando as enfermeiras dizem ou escrevem "RN hipotónico"? A área de preocupação será - a "Hipotermia"? Será a "Ingestão de alimentos"? Ou será a "Sucção"? A análise e inferência destes dados foram sendo concretizadas com auxilio dos significados que as enfermeiras, nos diferentes contextos, lhes foram atribuindo. Estes significados foram conseguidos pelo recurso a entrevistas informais após as passagens de turno. Mas certas dúvidas persistem... e quem melhor que os peritos para clarificarem estas questões.
Para resolver estas questões optámos pela Técnica de Delphi. A Técnica de Delphi é uma ferramenta de pesquisa qualitativa que busca o consenso possível perante as opiniões de um grupo de especialistas, sobre assuntos para os quais se dispõe dados insuficientes e/ou contraditórios. Aqui, esta abordagem é caracterizada pelo preenchimento de um questionário por um grupo de peritos, em abordagens sucessivas, com a finalidade de definir níveis de acordo, ou desacordo.

Instruções de preenchimento:

Este questionário está estruturado em 3 partes:

Parte I - O primeiro grupo contém questões sobre a caracterização do grupo de peritos (idade, tempo de exercício profissional, etc.);

Parte II - No segundo grupo é pedido para indicar o grau de concordância, ou discordância com a inferência proposta. Em cada afirmação só é aceite uma resposta que poderá assinalar com o respectivo número:

(1) Discordo completamente	(2) Discordo	(3) Discordo parcialmente	(4) Sem opinião	(5) Concordo parcialmente	(6) Concordo	(7) Concordo completamente

Exemplo: Se concorda completamente que a expressão "*retenção de restos placentares*" pode, de acordo com as circunstâncias, ter por foco da prática o risco de "**Hemorragia**" assinale com o número **7** no quadrado correspondente, e se discorda completamente que em determinados contextos poderá estar associado ao foco "**Infecção**" deverá colocar o número **1** no quadrado correspondente, como se ilustra no exemplo que se segue:

Unidade de análise: **"retenção de restos placentares"** "(...) pode a ver retenção de restos placentares, o que pode também levar a hemorragia. Manifesta-se frequentemente por sub-involução uterina, e saída dos restos"(8.27)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	7
Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	1

Para cada expressão poderá estar uma "*Explicação*" sobre a inferência apresentada. Para cada Foco da prática apresentado na proposta estará a sua definição segundo a CIPE® - versão Beta 2.

Parte III - Na terceira parte estão enumerados algumas expressões que não conseguimos associar a um foco da prática classificado na CIPE® - versão Beta 2. O que se pretende é que, de acordo com a sua experiência, apresente propostas de possíveis focos da prática e em que circunstâncias aquelas expressões emergem no "Comentário".

Por exemplo:

Unidade de análise	*Foco da prática*
"útero rasa o umbigo"	Hemorragia

Comentário: Durante o período pós-parto um dos focos de atenção das enfermeiras é o Risco de hemorragia, por isso uma das intervenções de enfermagem é vigiar o útero no pós parto. Desta vigilância podem surgir expressões como "útero rasa o umbigo".

Agradecíamos que o questionário fosse preenchido antes de 25 Junho.

Parte I

Idade: _____

Categoria profissional:_____

Tempo de serviço:_____anos

Parte II

De acordo com o seu grau de concordância assinale o número correspondente, de acordo com a legenda apresentada em rodapé, tendo em conta a Unidade de análise e os Foco(s) da Prática inferidos(s).

Unidade de análise: "vitalidade fraca" "(...) vitalidade fraca quando o RN está pálido, não chora, está hipotónico, pode estar associado a Síndrome de dificuldade respiratória (...)A vitalidade é a manifestação clínica exterior da boa oxigenação dos órgãos vitais" (8.24.a) "Vitalidade fraca: pode estar pálido, não chorar, estar hipotónico, pode estar associado a (...) frio" (8.24.a).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	

Unidade de análise: "Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com APGAR 5/7" /"Índice de Apgar" "Índice de APGAR: é uma avaliação simples e resultante da apreciação da adaptação do RN à vida extra uterina. Avalia-se a tonicidade muscular, a respiração espontânea, a frequência cardíaca, a coloração da pele e a reacção aos estímulos. Estes parâmetros permitem apreciar indirectamente a oxigenação dos órgãos nobres". (8.24.b)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	
Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "Choro vigoroso"/ "RN com choro forte" "Choro vigoroso: porque chora bem, com as vias aéreas permeáveis"(8.41).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Expectorar (expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos, da traqueia, brônquios e pulmões por meio da tosse e escarro.)	

Unidade de análise: "Liquido Amniótico com mecónio"/ "Liquido Amniótico normal" "LA tingido de mecónio, LA meconial: Quando referimos isso é para chamar a atenção para (...)o momento do parto porque esse RN tem que ser aspirado à vulva porque há risco de aspiração"(4.12) "LA tingido de mecónio, LA meconial: Quando referimos isso é para chamar a atenção para a vigilância de alterações no traçado durante o trabalho de parto sugestivos de sofrimento fetal(...)"(4.12)

FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Aspiração (inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.)	
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "Varizes dos membros inferiores"
"varizes dos membros inferiores podem conduzir a tromboflebites, principalmente quando elas estão imobilizadas muito tempo"(5.7)
"as varizes tem a ver com a dificuldade do retorno do sangue, as veias estão salientes, ficam edemaciadas. Fica-se atento à libertação de trombos ou tromboflebites"(6.32)
"na presença de varizes existe má circulação de retorno(8.23)

FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "bradicardia fetal" / "bradicardia mesmo sem contracção"
"bradicardia traduz uma diminuição do aporte de oxigénio e nutrientes na circulação fetal devido à contracção uterina que diminui o fluxo de sangue entre a circulação materna e fetal, e quando atinge o sistema nervoso central o RN manifesta-se com diminuição da frequência cardíaca fetal"(5.14)
"(...) bradicardias traduz sofrimento fetal. Isto significa que há uma diminuição da perfusão tecidular do feto em termos de oxigénio, e isso reflecte-se nos batimentos cardíacos fetais, diminuindo a frequência"(2.8)
"(...) bradicardias, todas essas situações têm a ver com isto com diminuição de aporte de oxigénio aos tecidos fetais devido à compressão dos vasos uterinos provocado pelas contracções uterinas"(2.9).

FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "desaceleração fetal" /"desacelerações variáveis" / "desacelerações precoces"
"(...) desacelerações (...) a ver com diminuição de aporte de oxigénio aos tecidos fetais devido à compressão dos vasos uterinos provocado pelas contracções uterinas"(2.9).
"(...) desacelerações variáveis(...) traduz sofrimento fetal. Isto significa que há uma diminuição da perfusão tecidular do feto em termos de oxigénio, e isso reflecte-se nos batimentos cardíacos fetais, diminuindo a frequência"(2.8)

FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "feto pouco reactivo" / "CTG: variável e reactivo, linha de base, ausência de CU"
"o feto está reactivo quer dizer que não está em sofrimento. O que se vigia é o bem estar fetal, ou seja, se o feto tem reserva de oxigénio adequado e suficiente às necessidades, principalmente durante a contracção uterina"(2.7).

FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "circular ao pescoço" "circular do cordão umbilical (...) traduz sofrimento fetal. Isto significa que há uma diminuição da perfusão tecidular do feto em termos de oxigénio, e isso reflecte-se nos batimentos cardíacos fetais, diminuindo a frequência"(2.8) "circular do cordão umbilical,(...), todas essas situações têm a ver com isto com diminuição de aporte de oxigénio aos tecidos fetais devido à compressão (...)"(2.9).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "traçado sem alterações" / "o traçado é que não está nada bem" "(...) O que se vigia é o bem estar fetal, ou seja, se o feto tem reserva de oxigénio adequado e suficiente às necessidades, principalmente durante a contracção uterina"(2.7).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "Sofrimento fetal" "circular do cordão umbilical, desacelerações variáveis, bradicardias traduz sofrimento fetal. Isto significa que há uma diminuição da perfusão tecidular do feto em termos de oxigénio, e isso reflecte-se nos batimentos cardíacos fetais, diminuindo a frequência"(2.8)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

Unidade de análise: "membranas fragmentadas" "membranas fragmentadas: tem a ver com a perda de sangue e formação do globo de segurança, ou seja pelo risco de hemorragia"(4.19) "Quando há suspeita/confirmação de membranas fragmentadas é preciso estar atento aos lóquios e ao risco de hemorragia"(6.5). "Membranas fragmentadas: pode haver retenção de restos placentares, o que pode também levar a hemorragia. Manifesta-se frequentemente por sub-involução uterina, e saída dos restos"(8.27) "membranas fragmentadas: (...)Se nesta altura não existem complicações, podem surgir mais tarde com o risco acrescido de infecção."(4.19 a)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

Unidade de análise: "retenção de restos placentares" "(...) pode haver retenção de restos placentares, o que pode também levar a hemorragia. Manifesta-se frequentemente por sub-involução uterina, e saída dos restos"(8.27)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	

Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

Unidade de análise: "útero contraído" /"Ligeira descontracção uterina (...)agora tem útero bem contraído" "Útero contraído: quando se consegue palpar bem o útero, consegue-se palpar uma "bola" arredondada, ou seja assegura-se que o Globo de segurança de Pinard está formado. Se não contrair pode haver hemorragia" (6.7) "Útero contraído: vigiamos a involução uterina pelo risco de existir descontracção do útero. Quando dizemos que está "supra umbilical,..." traduz que a involução está a ocorrer anormalmente e pode haver risco de hemorragia" (8.5)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	

Unidade de análise: "Tem útero em involução" "Involução uterina: tem a ver com a contracção do útero no sentido de ele expulsar o sangue que tem no seu interior e voltar ao seu tamanho e lugar pré-gravidico. Há risco de infecção e/ou hemorragia. Procura-se palpar o útero contraído sentindo-se no abdómen uma "bola" dura" (6.6).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

Unidade de análise: "Útero supra umbilical" "Útero supra umbilical: quando o útero está acima do local esperado. Pode haver atonia uterina ou pode haver algo que impeça o útero de involuir, por exemplo retenção de restos placentares consequentemente risco de hemorragia"(6.10). "Útero contraído: vigiamos a involução uterina pelo risco de existir descontracção do útero. Quando dizemos que está "supra umbilical,..." traduz que a involução está a ocorrer anormalmente e pode haver mais risco de hemorragia ou infecção" (8.5)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

Unidade de análise: "tremores" "Tremores: pode ser um sinal que a temperatura está a subir"(8.18).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hipertermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.)	
Febre (elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou a quebra da febre é acompanhada de pele quente e ruborizada e de suor.)	

Unidade de análise: "RN hipotónico" "Hipotonia: quer dizer que o RN tem actividade motora diminuída, está flácido, pega-se nele e ele caí. Habitualmente temos que procurar a causa pois pode ser hipotermia(...)" (4.3) "Hipotonia: quer dizer que o RN tem actividade motora diminuída, está flácido, pega-se nele e ele caí. Habitualmente temos que procurar a causa pois pode ser (...) hipoglicemia"(4.3), "RN hipotónico: não reage aos estímulos externos, não chora...não reage aos estímulos externos, não chora...tem a ver com hipoglicemia"(6.16), RN hipotónico: não reage aos estímulos externos, não chora(...), e por vezes com infecção"(6.16)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hipotermia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

Unidade de análise: "RN macrossómico" "RN macrossómico: isso tem a ver com o risco de hipoglicemia sendo um RN grande tem mais necessidades que os outros porque tem maior massa corporal" (4.13)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

Unidade de análise: "Fica satisfeito só com leite materno" / "bebé ficou satisfeito, por isso não lhe dei suplemento" / "Este RN faz leite adaptado em todas as mamadas porque não fica satisfeito"/ RN não satisfeito" "RN não satisfeito: tem a ver com a satisfação em termos de alimentação. Fica inquieto, chora, não fica sossegado, não adormece, talvez porque não deve ter mamado o suficiente"(5.10) "RN não está satisfeito: quando mama na mãe e depois mama biberão"(6.29) "Faz suplemento de leite adaptado: quando a mãe tem pouco colostro temos que dar suplemento pelo risco de hipoglicemia e o RN ficar com fome"(6.28).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Fome (sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida.)	
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

Unidade de análise: "Mamou pouco"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

Unidade de análise: "Não mamava, tinha 75 de dx"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

Unidade de análise: "Mamas com pouco colostro" "Faz suplemento de leite adaptado: quando a mãe tem pouco colostro temos que dar suplemento pelo risco de hipoglicemia e o RN ficar com fome"(6.28) "mamas sem colostro: quando espremendo a mama não sai gotas abundantes de colostro. Tem a ver com o processo de produção e libertação de leite, da lactação"(5.11) "Mamas (...) sem colostro: quando se espreme a mama e sai colostro. Tem a ver com o processo de produção e libertação de leite - a lactação"(6.35).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
Lactação (processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes.)	

Unidade de análise: "Mama lindamente" / "mama bem" / "mama mal" "Mama bem: suga e deglute bem"(6.2).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
Sucção (ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão.)	
Mamar (estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão de sinais da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito.)	

Unidade de análise: "Temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
Conhecimento (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	

Unidade de análise: "mamilos mal formados, rasos, umbilicados" "Mamilos rasos/umbilicados: o RN tem dificuldade em se adaptar ao mamilo da mãe."(8.35)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

Unidade de análise: "má adaptação ao seio materno" /"adaptação fraca" / "mal adaptado" "Adaptação fraca: é quando o RN não consegue agarrar no mamilo de forma adequada. Tem a ver com vários factores, os mamilos podem não ser os melhores e então o RN chora; pode ser a mãe que não está disposta a amamentar, não sabe, a posição pode não ser a melhor, pode estar cansada"(5.13) "Adaptação fraca: quando o RN não agarra completamente o mamilo, não mama bem(6.36). "Mama com dificuldade: quando não suga convenientemente"(6.36 a)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância

Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
Sucção (ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão.)	
Amamentar (estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome)	
Conhecimento (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	

Unidade de análise: "necessita ser estimulado para mamar" "(...) Dificuldades pelo RN diz respeito ao facto do RN ter maus reflexos, estar pouco estimulado, mais sonolento (sonolento traduz a fraca estimulação dos próprios reflexos). É a sucção que estamos a vigiar" (8.2) "Precisa ser estimulado para mamar: quando o RN é muito sonolento, requer que o acorde para poder mamar de forma eficaz"(8.36).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Mamar (estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão de sinais da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito.)	
Sucção (ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão.)	
Amamentar (estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome)	

Unidade de análise: "mama bem no biberão" "Mama bem: suga e deglute bem "(6.2)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Deglutição (passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca e para o estômago através da orofaringe e esófago.)	
Sucção (ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão.)	

Unidade de análise: "tolerância alimentar"/ "RN com boa tolerância" "RN tem boa tolerância: quer dizer que a criança não vomitou, é referido porque há episódios anteriores de vómitos, náuseas, recusa alimentar; é para vigiar a tolerância alimentar. Estamos atentas ao vómito para ver se o RN faz bem, ou não, a digestão. por vezes ele pode estar nauseado e não quer comer(...)" (7.1) "RN tem boa tolerância: estamos a falar da digestão, se a digestão se faz dentro do habitual, o que vigiamos são os vómitos" (8.1)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Vómito (Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e da boca.)	
Náusea (Sensação de enjoo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfacto.)	

Unidade de análise: "Mamas cheias"/ "as mamas cheias e tensas"/ "mamas moles" " "Mamas tensas: há uma tensão mamária por não existir esvaziamento adequado"(8.29)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ingurgitamento mamário (tumefacção e aumento de peso da mama, acompanhados de acumulação de leite nos canais secretores da mama; associado ao nascimento de uma criança.)	
Lactação (processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes.)	

Unidade de análise: "Parto por cesariana" / "parto com episio"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ferida cirúrgica (corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pús)	

Unidade de análise: "laterocedência da mão direita"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Laceração (rasgadura irregular, associada a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque.)	

Unidade de análise: "feto macrossómico" "(...) feto é macrossómico, ou nos parece grande, porque esse dado nos parece grande, porque esse dado pode dar indícios sobre a duração de trabalho de parto (mais demorado) e alerta para os riscos no expulsivo" (4.14). "feto macrossómico (...) pode dar indícios sobre (...) os riscos no período expulsivo"(4.14)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Laceração (rasgadura irregular, associada a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque.)	
Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	
Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	

Unidade de análise: "parto normal"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Nascimento (evento de parir uma criança, trazendo um novo ser humano.)	
Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	

Unidade de análise: "Parto por ventosa" / "pariu por via baixa"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Nascimento (evento de parir uma criança, trazendo um novo ser humano.)	

Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	

Unidade de análise: "distócia de ombros"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Nascimento (evento de parir uma criança, trazendo um novo ser humano.)	
Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	

Unidade de análise: "Parto difícil"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Nascimento (evento de parir uma criança, trazendo um novo ser humano.)	
Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	
Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	

Unidade de análise: "apresentação está muito alta"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	
Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	

Unidade de análise: "Tem hemorróide" /"tem hemorróide exacerbada" "Hemorróide: aplicamos gelo para aliviar o desconforto" (8.22)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Dor vascular (sensação de dor com origem no sistema vascular em consequência de dilatação ou insuficiência vascular, habitualmente referida como uma dor de compressão, de esmagamento e de aperto.)	

Unidade de análise: "Dores abdominais que aumentam quando dá de mamar" "Dores abdominais que aumentam quando dá de mamar: são as chamadas dores tortas, estão associadas às contracções uterinas que provocam o regresso do útero à sua localização pré-gravídica. Há uma estimulação na contractilidade do útero que provocam estas dores devido à libertação de ocitocina provocada pelo sugar do RN. Por vezes as puerperas referem que são dores tipo cólicas"(8.6)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Dismenorreia (sensação de dor com origem num espasmo do músculo uterino; esta sensação é habitualmente referida como contracções intensas tipo cólica, pulsáteis e sensação de desconforto no abdómen e na região lombar.)	

Unidade de análise: "queixosa e descontrolada" / "queixosa e controlada" "queixosa e descontrolada: Não consegue controlar a dor. Principalmente a dor da dilatação cervical, a dor da fase activa do trabalho de parto (4.7) "está controlada: a resposta foi "respira bem, não se queixa; só se queixa quando lhe pergunto" (1.1) "Descontrolada: Que não fazia a respiração adequadamente, mesmo apesar de ter feito preparação para o parto, apresentava sudorese intensa, inadequada colaboração no posicionamento." (2.1) "está controlada: Está, pelo menos, receptiva às informações e consegue assimilar e faz o que se lhe pede de acordo com a situação"(4.5) "queixosa e descontrolada: Não consegue controlar a dor. Principalmente a dor da dilatação cervical, a dor da fase activa do trabalho de parto, principalmente se tem rotura." (4.8), "queixosa mas controlada: é aquela Sr.ª que fez preparação para o parto e aguenta bem a dor com recurso à respiração (...)"(4.9) "Estava muito queixosa: Que refere dores nas contracções, ou refere dores lombares. Refere dores sem intervalo. Tem taquipneia, respiração ofegante, hiperventilação, sudorese intensa, gesticula, bate com a mão na almofada, por exemplo, trinca os lábios, abre muito os olhos. Não é capaz de respirar, menos receptiva aos pedidos: quer de posição, quer de comportamento, quer de colaboração"(2.2)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Autocontrolo (disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida.)	

Unidade de análise: "Está muito agitada, está sempre às voltas na cama" "Descontrolada: quando berra, gesticula, não respira adequadamente, não aceita o que as pessoas dizem (acompanhantes ou nós), esperneiam, está agitada" (5.1)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Autocontrolo (disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida.)	

Unidade de análise: "refere contracções dolorosas mas que melhoraram depois de descansar" / "Queixa-se muito, principalmente quando tem familiares junto dela" "Queixam-se mas às vezes não é nada: Quer dizer que não estão em trabalho de parto. Só têm dor"(3.6) "estava queixosa, estava a chorar dizendo que lhe doía o fundo da barriga. As dores podem ser muito grandes mas não correspondem a contracções eficazes" (3.4).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Dor de falso trabalho de parto (sensação de dor abdominal localizada que começa por ser conotada como dor do trabalho de parto mas que se revela ineficaz, não acompanhada por apagamento e dilatação do colo; intermitente, dor curta e forte que não irradia das costas para a frente; esta sensação é muitas vezes descrita como uma dor profunda, tipo cólica, mas é uma dor moderada que não se torna mais forte.)	

Unidade de análise: "RN não parecia satisfeito por isso dei-lhe leite adaptado" "RN não satisfeito: tem a ver com a satisfação em termos de alimentação. Fica inquieto, chora, não fica sossegado, não adormece, talvez porque não deve ter mamado o suficiente" (5.10)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Fome (sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida.)	

Unidade de análise: "lóquios normais" "Lóquios com cheiro: os lóquios tem a ver com a perda hemática do período pós parto. Porque não tem o cheiro característico mas sim um cheiro intenso e anormal, até a sala fica com o cheiro durante algum tempo. Pode ter a ver com maus cuidados de higiene, com presença de compressa, restos, etc. e consequente infecção"(6.4)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	

Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

Unidade de análise: "más condições de colo, tem colo fechado, grosso e apresentação no 1º plano"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	

Unidade de análise: "RN na neo" / "foi à neo ver o filho" "RN na neo, foi à neo ver o filho: as enfermeiras preocupam-se com o acompanhamento que ela faz do RN, pode estar ansiosa, estar triste porque está separado do filho" (8.3) "RN está na neo,...: quando dizemos isso é para chamar atenção para se se avaliar o sentimento da mãe perante o filho. Se está triste com a separação, se o quer ir ver, se precisa de ser acompanhada,...tem a ver com a vinculação." (6.34),	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	
Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	
Tristeza (sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.)	

Unidade de análise: "está muito em baixo"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Tristeza (sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.)	
Desolação (sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas.)	

Unidade de análise: "está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco..." / "está deprimida" "Deprimida: chora, comunica pouco, chora sem razão aparente - qualquer coisa a faz chorar"(6.26) "Está deprimida, chora por tudo e por nada...: tenho dificuldade em dizer que é uma depressão, no entanto há alterações hormonais acompanhadas de comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar, chora por tudo e por nada, basta às vezes perguntar como está para que comece a chorar. Esta situação é muito frequente. É uma situação que precisa de aprendizagem, e temos que mostrar que nos preocupamos, dar uma certa atenção e deixa-la chorar" (8.15)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Tristeza (sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.)	
Desolação (sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas.)	
Sentimentos de impotência (sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de uqe as suas acções não vão afectar significativamente os resultados.)	

Unidade de análise: "Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto" "Está deprimida, chora por tudo e por nada...: tenho dificuldade em dizer que é uma depressão, no entanto há alterações hormonais acompanhadas de comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar, chora por tudo e por nada, basta às vezes perguntar como está para que comece a chorar. Esta situação é muito frequente. É uma situação que precisa de aprendizagem, e temos que mostrar que nos preocupamos, dar uma certa atenção e deixa-la chorar" (8.15)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Tristeza (sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.)	
Desolação (sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas.)	
Sentimentos de impotência (sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de uqe as suas acções não vão afectar significativamente os resultados.)	

Unidade de análise: "Pouco comunicativa" "Pouco comunicativa: pode estar associado a ansiedade e/ou depressão pós-parto. Significa que a puérpera só responde quando solicitada e mesmo assim com dificuldade. Nestas situações é normal chorarem por tudo e por nada"(6.24)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Tristeza (sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.)	
Desolação (sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas.)	
Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	

Unidade de análise: "má colaboração materna. Agora chora por saber disso"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Trabalho de culpa (processo de resolução dos sentimentos de ter procedido erradamente, associado a um sentimento de responsabilidade.)	

Unidade de análise: "Está chorosa, porque como vê os outros bebés na enfermaria e acha que se portou mal"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Trabalho de culpa (processo de resolução dos sentimentos de ter procedido erradamente, associado a um sentimento de responsabilidade.)	

Unidade de análise: "má colaboração materna" "má colaboração: Quando a mãe no período expulsivo berra muito, foge pela cama acima, fecha as pernas"(4.6).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Autocontrolo (disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida.)	

Unidade de análise: "não colaborante/ pouco colaborante" /"colaborou lindamente" "está colaborante: Refere-se ao período expulsivo, se colabora de acordo com as instruções, se faz o que é esperado naquele momento" (4.4). "má colaboração: Quando a mãe no período expulsivo berra muito, foge pela cama acima, fecha as pernas" (4.6). "está colaborante: calma, que ouve o que se lhe diz, que sabe respirar durante a contracção, consegue relaxar quando não está com a contracção, consegue dialogar e quando tem contracções concentra-se na respiração"(5.2).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Autocontrolo (disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida.)	

Unidade de análise: "está controlada" / "descontrolada" "Descontrolada: Que não fazia a respiração adequadamente, mesmo apesar de ter feito preparação para o parto, apresentava sudorese intensa, inadequada colaboração no posicionamento" (2.1) "está controlada: Está, pelo menos, receptiva às informações e consegue assimilar e faz o que se lhe pede de acordo com a situação"(4.5)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Autocontrolo (disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida.)	

Unidade de análise: "Não está motivada para amamentar" "A mãe não está motivada para amamentar: quando se pergunta a que horas o bebé tem que mamar ela não sabe nem quer saber, quando está a dar de mamar está indiferente: olha para o lado, começa a soprar, fica atenta a tudo menos ao que está a fazer, quando diz que o leite não alimenta o filho/não gosta/não chega. E faz isso mesmo depois de lhe terem sido dadas as informações."(6.15)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	

Unidade de análise: "o pai assistiu ao parto e está lá com eles"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Papel paternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados para um pai.)	

Unidade de análise: "dificuldade em adaptar o RN ao seio" / "amamenta com dificuldade" / "Amamenta com dificuldade, em adaptar o RN e o mamilo porque tem mamilos rasos" "Amamenta com dificuldade...: é quando a puerpera não controla as mamadas (o horário, quando o RN está a dormir não o acorda para mamar, está bem que cada RN tem o seu próprio ritmo mas por vezes se se deixar dormir eles dormem 5 a 6 horas, ainda existe aquela crença que dormir é metade do sustento" (7.2) "Amamenta com dificuldade...: depende, isto pode traduzir dois aspectos: a prática da mãe ou do RN. Quando diz respeito à mãe diz respeito à dificuldade que ela tem de fazer a prega, pôr o RN à mama, o não conseguir amamentar por dificuldade dela, pelas mais variadas razões"(8.2)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Amamentar (estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome)	

Unidade de análise: "mamou 20 minutos numa mama e só 5 na outra"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância

Mamar (estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão de sinais da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito.)	

Unidade de análise: "Ainda não viu o RN que está na neo" "RN na neo, foi à neo ver o filho: as enfermeiras preocupam-se com o acompanhamento que ela faz do RN, pode estar ansiosa, estar triste porque está separado do filho"(8.3).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	
Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	

Unidade de análise: "mãe ansiosa" "Mãe ansiosa: estamos atentas à forma como lida com o bebé pois o facto de estar ansiosa pode prejudicar o relacionamento com o bebé"(8.4). "Ansiosa: nota-se pelo fácies, olha como não visse(4.10) nada, parece ter o pensamento noutro lado, está muito insegura, fazem muitas perguntas" (4.11).	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	
Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	

Parte III

Nesta parte do questionário, estão expressões não associadas a foco(s) da prática. O que se pretende é que, na sequência das expressões apresentadas, se identifiquem as áreas de atenção dos enfermeiros, o seu foco da prática.

Expressões	Focos da prática
"Gemido (discreto, intermitente, persistente)"	
Comentário:	
"Choro débil"	
Comentário:	
"Recusa alimentar"	
Comentário:	
"Involução uterina"	
Comentário:	
"Pulso taquicárdico"	
Comentário:	
"ardência urinária"	
Comentário:	
"disúria"	

Comentário:	
"glicosúria"	
Comentário:	
"proteinúria"	
Comentário:	
"Cuidados imediatos ao RN"	
Comentário:	
"Não amamenta"	
Comentário:	
"RN ictérico"	
Comentário:	
"nasceu impregnado de mecónio"	
Comentário:	
"Liquido amniótico hemático"	
Comentário:	
"Perda de liquido amniótico"	
Comentário:	
"faz soro no final das mamadas"	
Comentário:	
"polaquiúria"	
Comentário:	
"Parturiente/ puérpera adolescente"	
Comentário:	
"Gravidez não vigiada"	
Comentário:	
"hora do nascimento"	
Comentário:	
"Hora da rotura das membranas"	
Comentário:	
"Ruídos cardíacos fetais positivos e normais"	
Comentário:	
"Máscara equimótica"	
Comentário:	
"RN pletórico"	
Comentário:	
"pouco reactivo a estímulos"	

Comentário:	
"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	
Comentário:	

Anexo 4 - Questionário lançado na segunda ronda

Focos da prática da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

Questionário do Estudo Delphi

2ª ronda

Objectivo e breve explicação deste questionário

Assumindo "***Foco da Prática de enfermagem***" a área de preocupação, sensível aos cuidados de enfermagem, que o enfermeiro identifica e em função do qual determina as suas intervenções autónomas, insiste-se na procura de consensos sobre os quais os *focos da prática de enfermagem* relevantes para descrever as necessidades de cuidados num serviço de Obstetrícia.

Este segundo questionário, consequente da análise do primeiro questionário, surge com o propósito de, por um lado, dar a conhecer alguns dos resultados obtidos no primeiro questionário; e, por outro, recolher a opinião dos peritos e informantes chave sobre os níveis de concordância com os focos da prática apresentados. Estes focos da prática resultam das opiniões dados pelos participantes no questionário anterior (Parte III) de acordo com os termos/expressões então apresentados.

Este questionário está organizado em duas partes.

Na primeira parte do questionário apresentam-se os focos que emergiram das propostas de focos da prática de acordo com as expressões apresentadas (no questionário anterior). Nesta parte, pretende-se obter o nível de concordância dos participantes com as propostas de focos apresentadas.

Na segunda parte, apresentam-se os termos e expressões nos quais não foi obtido nível de concordância significativa face aos focos da prática propostos (no questionário anterior). Nesta parte o que se pretende é a apresentação de propostas de focos da prática de acordo com os termos e expressões anunciadas.

O modo de preenchimento é igual ao do questionário anterior. Em seguida relembram-se as orientações para o preenchimento deste questionário.

Relembrar instruções de preenchimento:

Este questionário está estruturado em 2 partes:

Parte I - Na primeira parte é pedido para indicar o grau de concordância, ou discordância com a inferência proposta. Em cada afirmação só é aceite uma resposta que poderá assinalar com o respectivo número:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Discordo completamente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo completamente

Exemplo: Se concorda completamente que a expressão "*retenção de restos placentares*" pode, de acordo com as circunstâncias, ter por foco da prática o risco de "**Hemorragia**" assinale com o número **7** no quadrado correspondente, e se discorda completamente que em determinados contextos poderá estar associado ao foco "**Infecção**" deverá colocar o número **1** no quadrado correspondente, como se ilustra no exemplo que se segue:

Unidade de análise: **"retenção de restos placentares"** "(...) pode a ver retenção de restos placentares, o que pode também levar a hemorragia. Manifesta-se frequentemente por sub-involução uterina, e saída dos restos"(8.27)	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	6
Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	1

Para cada Foco da prática apresentado na proposta estará a sua definição segundo a CIPE® - versão Beta 2.

Parte II - Na segunda parte estão enumerados as expressões que não obtiveram níveis de concordância significativas no questionário anterior. O que se pretende é que, de acordo com a sua experiência, apresente propostas de possíveis focos da prática e descreva em que circunstâncias aquelas expressões emergem no item identificado como "Comentário".

Por exemplo:

Unidade de análise	*Foco da prática*
"útero rasa o umbigo"	Hemorragia

Comentário: Durante o período pós-parto um dos focos de atenção das enfermeiras é o Risco de hemorragia, por isso uma das intervenções de enfermagem é vigiar o útero no pós parto. Desta vigilância podem surgir expressões como "útero rasa o umbigo".

Agradecíamos que o questionário fosse preenchido antes de 25 Agosto.

Parte I

De acordo com o seu grau de concordância assinale o número correspondente, de acordo com a legenda apresentada em rodapé, tendo em conta a Unidade de análise e os Foco(s) da Prática inferidos(s).

1 - **Unidade de análise**: "gemido (discreto, intermitente, persistente)"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
b) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
c) Dor cutânea (sensação de dor originária do tecido que reveste o corpo, associada a inflamação, queimadura, traumatismo e doença de pele; a dor na pele e nos tecidos é habitualmente referida como uma sensação aguda limitada de picada intensa, de ardor, corte, e de sensação de queimadura mas sem sinais de resposta automática ou de irradiação de dor a outras áreas do corpo.)	
d) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
e) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
f) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
g) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
h) Hipertermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.)	

2 - **Unidade de análise**: "choro débil"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	

b) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	
c) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
d) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
e) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
f) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
g) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
h) Aspiração (inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.)	
i) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
j) Dor (aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento autoprotector, estreitamento do foco da atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção marcado por gemidos, choro, andar de passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades; as sensações de dor relacionam-se com a duração da dor; o aparecimento súbito da sensação de dor associado a lesão aguda dos tecidos é marcado por respostas automáticas como a subida da pressão arterial, pulso, respiração, transpiração, suores frios, piloerecção e palidez, acompanhada por tensão muscular, perda de apetite e ansiedade; as sensações de dor aguda são autolimitadas e funcionam como mecanismo de protecção para levar a vitima a fugir ou a retirar-se da origem da dor para evitar um mal maior; a dor aguda é habitualmente referida como uma sensação aguda e intensa de facada, impacto ou tormento; as sensações de dor permanente, constante ou recorrente, não são acompanhadas de respostas automáticas; a dor crónica é normalmente referida como embotada, incomodativa, surda, assustadora ou insuportável; pode estar associada a dificuldades no sono, irritabilidade, depressão, isolamento, desespero e desamparo.)	
l) Fome (sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida.)	
m) Conforto (sensação de tranquilidade física e bem estar corporal.)	

3 - Unidade de análise: "recusa alimentar"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	

b) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
c) Mamar (estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão de sinais da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito.)	
d) Sucção (ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão.)	
e) Fome (sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida.)	
f) Náusea (Sensação de enjoo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfacto.)	
g) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
h) Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	
i) Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	
j) Vómito (Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e da boca.)	
l) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	

4 - Unidade de análise: "involução uterina"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
b) Perda sanguínea (perda de sangue a partir do sistema vascular associada a lesão de um ou mais vasos sanguíneos, fluxo de sangue através de um orifício ou de uma solução de continuidade da pele ou de uma cavidade, órgão ou espaço entre os tecidos.)	
c) Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
d) Contracção uterina (endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero, durante o trabalho de parto, começam com moderação e tornam-se muito fortes quando o trabalho de parto está adiantado, chegando a ocorrer de dois em dois minutos e durando mais de um minuto; a sua função é dilatar o canal de parto, diminuir o tamanho do útero, dilatar completamente o colo uterino e empurrar o feto pelo canal de parto.)	

5 - Unidade de análise: "pulso taquicardico"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Dor de trabalho de parto (sensação de dor de intensidade e frequência crescentes associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto.)	
b) Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
c) Febre (elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou a quebra da febre é acompanhada de pele quente e ruborizada e de suor.)	
d) Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	
e) Débito cardíaco (quantidade de sangue ejectada por minuto do ventrículo esquerdo de modo a suportar uma pressão de perfusão sistémica, pulsos periféricos normais, ritmo e sons cardíacos normais e preenchimento das veias jugulares, associada à tolerância, à actividade e ao nível de actividade.)	
f) Hipertermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.)	
g) Choque anafilático (insuficiência circulatória periférica rápida, devida a reacção de hipersensibilidade ou alérgica a um alergeno como um soro, proteína, droga, vacina, alimento, substância química, veneno de insecto ou de cobra.)	
h) Morte (cessação da vida, diminuição gradual ou mais súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração, da actividade cerebral.)	
i) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
j) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
l) Choque cardiogénico (insuficiência circulatória periférica rápida em reacção a uma diminuição do débito cardíaco.)	
m) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
n) Lactação (processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes.)	

6 - **Unidade de análise**: "ardência urinária"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
b) Dor cutânea (sensação de dor originária do tecido que reveste o corpo, associada a inflamação, queimadura, traumatismo e doença de pele; a dor na pele e nos tecidos é habitualmente referida como uma sensação aguda limitada de picada intensa, de ardor, corte, e de sensação de queimadura mas sem sinais de resposta automática ou de irradiação de dor a outras áreas do corpo.)	
c) Dor (aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento autoprotector, estreitamento do foco da atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção marcado por gemidos, choro, andar de passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades; ...)	
d) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

7 - **Unidade de análise**: "disúria"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
b) Dor (aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento autoprotector, estreitamento do foco da atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção marcado por gemidos, choro, andar de passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades; ...)	
c) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
d) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
e) Hipertermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.)	

8 - Unidade de análise: "glicosúria"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Metabolismo (somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais em relação à distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, actividade hormonal ou digestão.)	
b) Nutrição (somatório de processos corporais e operações envolvidas no sustento, crescimento e estado nutricional do corpo como um todo, manutenção e reparação corporais, especialmente nos processos directamente envolvidos na ingestão, metabolismo e utilização de nutrientes.)	
c) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
d) Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	
e) Gravidez (situação em que se tem no corpo um feto em desenvolvimento e que dura um período de, aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções orgânicas; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, aumento do volume das mamas, pigmentação dos mamilos e por enjoo matinal ocasional.)	
f) Conhecimento (nutrição) (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	
g) Precaução de segurança (desempenhar actividades directamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão ou prejuízo; executar actividades orientadas para a manutenção de segurança ambiente; associada com a utilização de dispositivos protectores como luvas e capacetes)	

9 - Unidade de análise: "proteinúria"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Metabolismo (somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais em relação à distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, actividade hormonal ou digestão.)	
b) Edema (excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares ou retenção de líquidos nas zonas de declive, tais como: tumefacção dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, tumefacção da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial, alteração do padrão respiratório ou sons respiratórios anormais)	
c) Hipertensão (fluxo do sangue através dos vasos sanguíneos com uma pressão superior à normal.)	
d) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

e) Gravidez (situação em que se tem no corpo um feto em desenvolvimento e que dura um período de, aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções orgânicas; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, aumento do volume das mamas, pigmentação dos mamilos e por enjoo matinal ocasional.)	
f) Conhecimentos (nutrição) (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	
g) Nutrição (somatório de processos corporais e operações envolvidas no sustento, crescimento e estado nutricional do corpo como um todo, manutenção e reparação corporais, especialmente nos processos directamente envolvidos na ingestão, metabolismo e utilização de nutrientes.)	

10 - Unidade de análise: "cuidados imediatos ao RN"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Prestar cuidados (acções de providenciar cuidados, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associado a criação, estimulação e sustento.)	
b) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
c) Hemorragia (perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.)	
d) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
e) Limpeza das vias aéreas (processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões, capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas)	
f) Aspiração (inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.)	
g) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
h) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
i) Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	
j) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	

l) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
m) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
n) Conforto (sensação de tranquilidade física e bem estar corporal.)	

11 - Unidade de análise: "não amamenta"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Uso de drogas (uso regular de medicamentos ou drogas, como os narcóticos, para um efeito não terapêutico.)	
b) Interacção social (acções de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos.)	
c) Conhecimento (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	
d) Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	
e) Lactação (processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes.)	
f) Mastite da lactação (congestão dolorosa, ingurgitamento anormal e endurecimento do tecido mamário, dor contínua localizada, com grande sensibilidade e peso das mamas, pode ser associada a infecção relacionada com acumulação de leite nos canais secretores da mama.)	
g) Desolação (sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas.)	
h) Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	
i) Ingurgitamento mamário (tumefacção e aumento de peso da mama, acompanhados de acumulação de leite nos canais secretores da mama; associado ao nascimento de uma criança.)	
j) Ligação mãe-filho (estabelecimento de uma relação estreita entre a mãe e a criança, no momento do parto, procurando mutuamente o contacto ocular, iniciando o toque nos dedos do bebé, chamando-o pelo nome)	
l) Amamentar (estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome)	
m) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
n) Crença na realidade (crença pessoal no que diz respeito à estrutura do mundo social e natural.)	

o) Sentimentos de impotência (sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas acções não vão afectar significativamente os resultados.)	
p) Imagem corporal (imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física.)	

12 - Unidade de análise: "RN ictérico"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
b) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
c) Metabolismo (somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais em relação à distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, actividade hormonal ou digestão.)	
d) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
e) Morte (cessação da vida, diminuição gradual ou mais súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração, da actividade cerebral.)	
f) Nutrição (somatório de processos corporais e operações envolvidas no sustento, crescimento e estado nutricional do corpo como um todo, manutenção e reparação corporais, especialmente nos processos directamente envolvidos na ingestão, metabolismo e utilização de nutrientes.)	
g) Hidratação (situação de equilíbrio do volume de líquidos e electrólitos, associada a um peso corporal estável, a turgor normal da pele, a pele hidratada, as mucosas húmidas, a pressão sanguínea dentro da amplitude normal e os pulsos periféricos palpáveis.)	
h) Eliminação intestinal (movimento e evacuação das fezes pela defecação, habitualmente uma vez por dia e em fezes moles e moldadas.)	
i) Convulsão (contracções involuntárias paroxísticas e episódicas, súbitas e violentas de um grupo de músculos, associadas a doenças convulsivas, tais como a epilepsia, ou convulsão aguda ligada a concussão craniana ou em crianças com hipertermia.)	
j) Tegumentos (revestimento da superfície corporal (pele, epiderme, mucosas, tecido conjuntivo e derme, incluindo glândulas sudoríparas e sebáceas, cabelo e unhas), tendo como funções: a manutenção da temperatura corporal, a protecção dos tecidos subjacentes da abrasão física, a invasão bacteriana, a desidratação e a radiação ultravioleta; o arrefecimento do corpo quando a temperatura sobe; a detecção, através dos órgãos sensoriais, de estímulos relacionados com a temperatura, tacto, pressão e dor; a eliminação, pela perspiração, de água, sais e compostos orgânicos através dos órgãos excretores; a secreção do suor e do sebo; a síntese da vitamina D e a activação dos componentes do sistema imunitário.)	

13 - Unidade de análise: "nasceu impregnado de mecónio"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
b) Náusea (Sensação de enjoo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfacto.)	
c) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
d) Aspiração (inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.)	
e) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
f) Limpeza das vias aéreas (processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões, capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas)	
g) Amamentar (estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome)	
h) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	
i) Asfixia (interferência com a entrada do ar nos pulmões, cessação da respiração e sufocação.)	

14 - Unidade de análise: "perda de liquido amniótico"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
b) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
c) Promoção da gravidez - risco de aborto (planeamento de acções em caso de risco de perder um filho esperado.)	
d) Aborto (expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida.)	
e) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	

f) Desenvolvimento fetal (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
g) Morte (cessação da vida, diminuição gradual ou mais súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração, da actividade cerebral.)	

15 - Unidade de análise: "faz soro no final das mamadas"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Hidratação (desequilibro de volume de líquidos ou perda de líquidos orgânicos acompanhada de diminuição do débito urinário, urina concentrada, alteração dos electrólitos, diminuição do turgor da pele, pele vermelha e seca, acinzentada e fria, mucosas secas, língua saburrosa, aumento da temperatura corporal, aumento da pressão sanguínea, pulso periférico rápido e fraco, aumento da frequência respiratória, globos oculares afundados e moles, afundamento das fontanelas (em crianças RN e lactentes), irritabilidade e confusão.)	
b) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
c) Desidratação (desequilibro de volume de líquidos ou perda de líquidos orgânicos acompanhada de diminuição do débito urinário, urina concentrada, alteração dos electrólitos, diminuição do turgor da pele, pele vermelha e seca, acinzentada e fria, mucosas secas, língua saburrosa, aumento da temperatura corporal, aumento da pressão sanguínea, pulso periférico rápido e fraco, aumento da frequência respiratória, globos oculares afundados e moles, afundamento das fontanelas (em crianças RN e lactentes), irritabilidade e confusão.)	
d) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
e) Lactação (processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes.)	
f) Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	

16 - Unidade de análise: "polaquiúria"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
b) Desidratação (desequilibro de volume de líquidos ou perda de líquidos orgânicos acompanhada de diminuição do débito urinário, urina concentrada, alteração dos electrólitos, diminuição do turgor da pele, pele vermelha e seca, acinzentada e fria, mucosas secas, língua saburrosa, aumento da temperatura corporal, aumento da pressão sanguínea, pulso periférico rápido e fraco, aumento da frequência respiratória, globos oculares afundados e moles, afundamento das fontanelas (em crianças RN e lactentes), irritabilidade e confusão.)	

c) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
d) Eliminação vesical (fluxo e excreção da urina por meio de micção, habitualmente 4-6 vezes durante o período diurno, com uma quantidade média excretada de aproximadamente1000 a 2000 ml nas 24 horas, em condições dietéticas normais)	
e) Conhecimento (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	

17 - Unidade de análise: "parturiente/puérpera adolescente"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Gravidez não planeada (acções que se relacionam com o enfrentar de uma gravidez não planeada ou não ser desejada e de ter um filho não esperado.)	
b) Personalidade lábil (conjunto de traços e atitudes que evoluem rapidamente, instáveis, sujeitas a mudanças, acompanhadas de tendência a alterações emocionais e oscilações temperamentais.)	
c) Crise (disposição para gerir um ponto de viragem - para melhor ou para pior - num acontecimento de perda ou stress, uma situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficientes, dificuldade na resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos e no reconhecimento ou utilização das redes de suporte externas, associada a acontecimentos de perda ou de stress, como a morte ou o divórcio.)	
d) Conhecimento (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	
e) Adaptação (disposição para gerir novas situações e desafios.)	
f) Papel de prestador de cuidados (interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família.)	
g) Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	
h) Amamentar (estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome)	
i) Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	
j) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	

18 - Unidade de análise: "gravidez não vigiada"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Actividade estilo de vida (padrão repetido de actividades que se sabe que, com o tempo, influenciam a saúde e que se tornam habituais como padrão de estilo de vida.)	
b) Promiscuidade (acções de se comprometer em actividades sexuais indiscriminadamente ou com múltiplos parceiros, com risco de disseminar doenças sexualmente transmissíveis.)	
c) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	
d) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
e) Desenvolvimento fetal (processos de vida normais e progressivos no ventre da mulher, para dar origem a um novo indivíduo, de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde a concepção, através do desenvolvimento embrionário, o período fetal, até ao nascimento.)	
f) Conhecimento (Conteúdo específico de pensamento com base na sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas; domínio e da informação.)	
g) Ligação mãe-filho (estabelecimento de uma relação estreita entre a mãe e a criança, no momento do parto, procurando mutuamente o contacto ocular, iniciando o toque nos dedos do bebé, chamando-o pelo nome.)	
h) Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	
i) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
j) Papel maternal (Interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.)	
l) Precaução de segurança (desempenhar actividades directamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão ou prejuízo; executar actividades orientadas para a manutenção de segurança ambiente; associada com a utilização de dispositivos protectores como luvas e capacetes)	

19 - Unidade de análise: "hora do nascimento"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
b) Nascimento (evento de parir uma criança, trazendo um novo ser humano.)	

c) Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	
d) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
e) Vinculação (ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.)	

20 - Unidade de análise: "hora da rotura de membranas"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
b) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
c) Aborto (expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida.)	

21 - Unidade de análise: "ruídos cardíacos positivos e normais"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Função cardíaca (bombagem do sangue pelo coração)	
b) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
c) Morte (cessação da vida, diminuição gradual ou mais súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração, da actividade cerebral.)	
d) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	

22 - Unidade de análise: "máscara equimótica"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Ansiedade (sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.)	
b) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
c) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	

d) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
e) Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	
f) Trabalho de parto (evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.)	
g) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	

23 - Unidade de análise: "RN plectórico"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Metabolismo (somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais em relação à distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, actividade hormonal ou digestão.)	
b) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
c) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
d) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	
e) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
f) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
g) Expulsão uterina (contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.)	

24 - Unidade de análise: "pouco reactivo a estímulos"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Ingestão nutricional (processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.)	
b) Desenvolvimento infantil (processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.)	
c) Hipotermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremuras, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.)	
d) Hipóxia (redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.)	
e) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
f) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
g) Sonolência (torpor pernicioso, adormecimento não natural)	
h) Dispneia (movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.)	
i) Fome (sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida.)	
j) Hipertermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.)	

25 - Unidade de análise: "apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	
FOCO DA PRÁTICA	Nível de concordância
a) Febre (elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou a quebra da febre é acompanhada de pele quente e ruborizada e de suor.)	
b) Susceptibilidade à infecção (perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene)	

c) Perfusão dos tecidos (movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.)	
d) Asfixia (interferência com a entrada do ar nos pulmões, cessação da respiração e sufocação.)	
e) Hipertermia (diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.)	
f) Hipertensão (fluxo do sangue através dos vasos sanguíneos com uma pressão superior à normal.)	
g) Infecção (Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.)	
h) Contracção uterina (endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero, durante o trabalho de parto, começam com moderação e tornam-se muito fortes quando o trabalho de parto está adiantado, chegando a ocorrer de dois em dois minutos e durando mais de um minuto; a sua função é dilatar o canal de parto, diminuir o tamanho do útero, dilatar completamente o colo uterino e empurrar o feto pelo canal de parto.)	

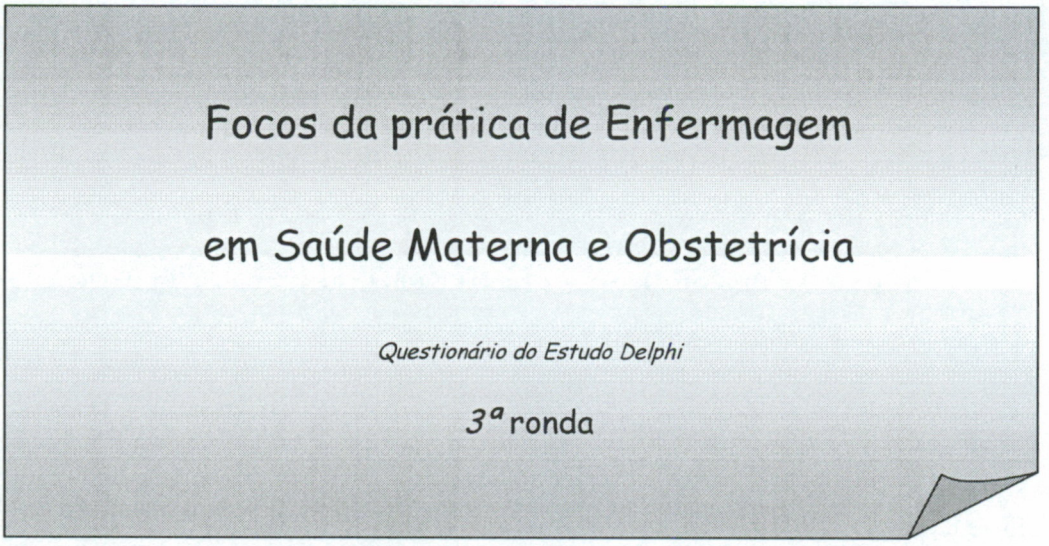
Parte II

Nesta parte do questionário, estão expressões que no questionário anterior foram associados a focos da prática mas que não reuniram níveis de concordância significativa. Pretende-se, agora, que, na sequência das expressões apresentadas, se identifiquem as áreas de atenção dos enfermeiros, o seu foco da prática.

Expressões	Focos da prática
"Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com APGAR 5/7" /"Índice de Apgar"	
Comentário:	
"Choro vigoroso"/ "RN com choro forte"	
Comentário:	
"Liquido Amniótico com mecónio"/ "Liquido Amniótico normal"	
Comentário:	
"Tem útero em involução"	
Comentário:	
"distócia de ombros"	
Comentário:	
"Parto difícil"	
Comentário:	
"Dores abdominais que aumentam quando dá de mamar"	
Comentário:	
"sofrimento fetal"/"bem estar fetal"	
Comentário:	

Muito obrigada.

Anexo 5 - Questionário lançado na terceira ronda



Objectivo e breve explicação deste questionário

Após a identificação dos focos da prática das enfermeiras em contexto de saúde materna e obstetrícia, chegou o momento de analisar as definições associadas a cada foco.

Este questionário surge com o propósito de evoluir na reflexão sobre as definições apresentadas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O desafio que se lança é apreciar a adequação de cada definição em função do seu significado e relevância para a prática dos enfermeiros, isto é, se, de facto, a definição contempla as propriedades/características definidoras indispensáveis para a caracterização e identificação do foco na prática.

Este questionário está organizado em 3 partes.

Uma primeira parte onde são apresentados os focos da prática e as definições associadas referentes ao recém-nascido e feto; e uma segunda parte, onde são apresentados os focos da prática e as definições associadas referentes à mãe e ao pai.

É pedido que, para cada definição, indique o grau de concordância, ou discordância, assinalando o número correspondente à opinião, de acordo com a legenda que a seguir se apresenta:

(1) Discordo completamente	(2) Discordo	(3) Discordo parcialmente	(4) Sem opinião	(5) Concordo parcialmente	(6) Concordo	(7) Concordo completamente

Após cada definição está um espaço reservado para apresentação de características definidoras relevantes para caracterizar o foco, de acordo com particularidade da sua prática. No caso de discordar, total ou parcialmente, da definição pode sublinhar a parte que discorda e apresentar no espaço reservado a justificação da discordância.

A Parte III deste questionário é constituída por uma questão (aberta) sobre o seu sentir em função da sua participação neste painel de peritos.

Parte I - Definições dos focos da prática referentes ao feto e recém-nascido

De acordo com o seu grau de concordância assinale o número correspondente, conforme a legenda apresentada em rodapé, tendo em conta a o Foco da Prática e a sua definição segundo a CIPE versão beta.

DEFINIÇÕES REFERENTES AO FETO

1. FOCO DA PRÁTICA: Perfusão dos tecidos	*Nível de concordância*
movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.	

13. FOCO DA PRÁTICA: Desenvolvimento fetal	*Nível de concordância*
Processos de vida normais e progressivos no ventre de uma mulher, para dar origem a um novo indivíduo, de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde a concepção, através do desenvolvimento embrionário, o período fetal, até ao nascimento.	

DEFINIÇÕES REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO

2. FOCO DA PRÁTICA: Hipóxia	*Nível de concordância*
redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.	

3. FOCO DA PRÁTICA: Ingestão nutricional	*Nível de concordância*
processo de suprimento de nutrientes ou de alimentos essenciais que afectam os processos nutritivos e metabólicos do corpo e fornecem os nutrientes que mantém a vida.	

4. FOCO DA PRÁTICA: Sucção	*Nível de concordância*
ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, leite da mama ou o líquido por biberão.	

5. FOCO DA PRÁTICA: Eructação	*Nível de concordância*
trazer de volta à boca pequenas porções de alimentos processados, líquidos ou ar.	

6. FOCO DA PRÁTICA: Eritema da fralda	*Nível de concordância*
erupção cutânea que ocorre em pessoas que usam fraldas, localizada na área habitualmente coberta pela fralda e em contacto com ela e nas pregas cutâneas, associada a vários factores irritantes como a urina, fezes e componentes das fraldas.	

7. FOCO DA PRÁTICA: Cólica	*Nível de concordância*
sensação de dor com origem num espasmo dos músculos lisos em órgãos ocos, como o intestino, rim ou vias biliares; esta sensação é habitualmente referida como contracções recorrentes tipo cãibra, como uma sensação de compressão, dilaceração ou tormento.	

8. FOCO DA PRÁTICA: Fome	*Nível de concordância*
sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto, situação de exaustão devido à falta de comida.	

9. FOCO DA PRÁTICA: Asfixiar	*Nível de concordância*
interferência com a entrada do ar nos pulmões, cessação da respiração e sufocação.	

10. FOCO DA PRÁTICA: Perfusão dos tecidos	*Nível de concordância*
movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.	

11. FOCO DA PRÁTICA: Hipotermia	*Nível de concordância*
diminuição da capacidade regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloerecção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas.	

12. FOCO DA PRÁTICA: Regurgitação	*Nível de concordância*
refluxo ou retorno dos alimentos deglutidos para a boca, incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago para as vias aéreas, acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas.	

13. FOCO DA PRÁTICA: Desenvolvimento infantil	*Nível de concordância*
processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.	

14. FOCO DA PRÁTICA: Mamar	*Nível de concordância*
estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão de sinais da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar, e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito.	

15. FOCO DA PRÁTICA: Conforto	*Nível de concordância*
sensação de tranquilidade física e bem estar corporal.	

16. FOCO DA PRÁTICA: Susceptibilidade à infecção	*Nível de concordância*
perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene.	

Parte II - Definições referentes à mãe e pai

De acordo com o seu grau de concordância assinale o número correspondente, conforme a legenda apresentada em rodapé, tendo em conta a o Foco da Prática e a sua definição segundo a CIPE versão beta.

DEFINIÇÕES REFERENTES À MÃE:

1. FOCO DA PRÁTICA: Hipertermia	*Nível de concordância*
diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.	

2. FOCO DA PRÁTICA: Febre	*Nível de concordância*
elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou a quebra da febre é acompanhada de pele quente e ruborizada e de suor.	

3. FOCO DA PRÁTICA: Laceração	*Nível de concordância*
rasgadura irregular, associada a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque.	

4. FOCO DA PRÁTICA: Fadiga	*Nível de concordância*
diminuição da força ou resistência, sensação de lassidão, de fadiga, bocejo frequente, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado, diminuição da capacidade dos tecidos para responderem a estímulos que provocam normalmente a contracção muscular; frequentemente associado a actividade física extenuante ou exposição a pressão psicológica.	

5. FOCO DA PRÁTICA: Exaustão	*Nível de concordância*

perda de força ou resistência, sensação de estar extenuado, irritabilidade crescente, total falta de forças associada a actividade física extenuante ou exposição a pressão psicológica, acompanhada de perda da capacidade dos tecidos para responder a estímulos que provocam normalmente a contracção muscular.	

6. FOCO DA PRÁTICA: Contracção uterina	*Nível de concordância*
endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero, durante o trabalho de parto, começam com moderação e tornam-se muito fortes quando o trabalho de parto está adiantado, chegando a ocorrer de dois em dois minutos e durando mais de um minuto; a sua função é dilatar o canal de parto, diminuir o tamanho do útero, dilatar completamente o colo uterino e empurrar o feto pelo canal de parto.	

7. FOCO DA PRÁTICA: Expulsão uterina	*Nível de concordância*
contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança, placenta e membranas, através do canal de parto e durante o trabalho de parto, até estar completa a expulsão da criança e serem expelidas a placenta e as membranas.	

8. FOCO DA PRÁTICA: Dor de trabalho de parto	*Nível de concordância*
sensação de dor de intensidade e frequência crescentes associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto.	

9. FOCO DA PRÁTICA: Vertigem	*Nível de concordância*
sensação de desmaio ou sensação de incapacidade de manter o equilíbrio normal nas posições de pé ou sentado, associada a confusão, náusea e fraqueza.	

10. FOCO DA PRÁTICA: Lipotimia	*Nível de concordância*
perda súbita de consciência, precedida imediatamente por palidez e perda de forças.	

11. FOCO DA PRÁTICA: Abortar	*Nível de concordância*
expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida.	

12. FOCO DA PRÁTICA: Trabalho de parto	*Nível de concordância*
evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o princípio da dilatação cervical até à expulsão da placenta.	

14. FOCO DA PRÁTICA: Medo	*Nível de concordância*
sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo.	

15. FOCO DA PRÁTICA: Retenção urinária	*Nível de concordância*
acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga.	

16. FOCO DA PRÁTICA: Maceração	*Nível de concordância*
abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e de pele molhada.	

17. FOCO DA PRÁTICA: Lactação	*Nível de concordância*
processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém-nascidos e lactentes.	

18. FOCO DA PRÁTICA: Ansiedade	*Nível de concordância*
sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.	

19. FOCO DA PRÁTICA: Tristeza	*Nível de concordância*
sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.	

20. FOCO DA PRÁTICA: Comportamento de adesão	*Nível de concordância*
acção auto-iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos.	

21. FOCO DA PRÁTICA: Papel maternal	*Nível de concordância*
interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados na mulher grávida e mãe.	

22. FOCO DA PRÁTICA: Amamentar	*Nível de concordância*
estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome.	

23. FOCO DA PRÁTICA: Perfusão dos tecidos	*Nível de concordância*
movimento de sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos.	

24. FOCO DA PRÁTICA: Ingurgitamento mamário	*Nível de concordância*
tumefacção e aumento de peso da mama, acompanhados de acumulação de leite nos canais secretores da mama; associado ao nascimento de uma criança.	

25. FOCO DA PRÁTICA: Dor sem trabalho de parto	*Nível de concordância*
sensação de dor abdominal localizada que começa por ser conotada como dor do trabalho de parto mas que se revela ineficaz, não acompanhada por apagamento e dilatação do colo; intermitente, dor curta e forte que não irradia das costas para a frente; esta sensação é muitas vezes descrita como uma dor profunda, tipo cólica, mas é uma dor moderada que não se torna mais forte.	

26. FOCO DA PRÁTICA: Nascimento	*Nível de concordância*
evento de parir uma criança, trazendo um novo ser humano ao mundo.	

27. FOCO DA PRÁTICA: Autocontrolo	*Nível de concordância*
disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas da vida.	

28. FOCO DA PRÁTICA: Desolação	*Nível de concordância*
sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas.	

29. FOCO DA PRÁTICA: Trabalho de culpa	*Nível de concordância*
processo de resolução dos sentimentos de ter procedido erradamente, associado a um sentimento de responsabilidade.	

30. FOCO DA PRÁTICA: Sentimentos de impotência	*Nível de concordância*
sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas acções não vão afectar significativamente os resultados.	

31. FOCO DA PRÁTICA: Vinculação	*Nível de concordância*
ligação entre a criança e os pais; formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância.	

32. FOCO DA PRÁTICA: Mastite da lactação	*Nível de concordância*
congestão dolorosa, ingurgitamento anormal e endurecimento do tecido mamário, dor contínua localizada, com grande sensibilidade e peso das mamas, pode ser associada a infecção relacionada com acumulação de leite nos canais secretores da mama.	

33. FOCO DA PRÁTICA: Susceptibilidade à infecção	*Nível de concordância*
perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infecção; associada à fadiga, exaustão, infecção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene.	

34. FOCO DA PRÁTICA: Promiscuidade	*Nível de concordância*
acções de se comprometer em actividades sexuais indiscriminadamente ou com múltiplos parceiros, com risco de disseminar doenças sexualmente transmissíveis.	

35. FOCO DA PRÁTICA: Gravidez não planeada	*Nível de concordância*
acções que se relacionam, com o enfrentar de uma gravidez não planeada ou não desejada e de ter um filho não esperado.	

36. FOCO DA PRÁTICA: Ligação mãe-filho	*Nível de concordância*
estabelecimento de uma relação estreita entre a mãe e a criança, no momento do parto, procurando mutuamente o contacto ocular, iniciando o toque nos dedos do bebé, chamando-o pelo nome.	

37. FOCO DA PRÁTICA: Promoção da gravidez: risco de aborto	*Nível de concordância*
planeamento de acções em caso de risco de perder um filho esperado.	

DEFINIÇÕES REFERENTES AO PAI

38. FOCO DA PRÁTICA: Papel paternal	*Nível de concordância*
interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados para um pai.	

Parte III

Expresse o modo como sente e avalia a sua participação neste painel de peritos (efeitos no serviço, nos cuidados, na forma de pensar a necessidades de cuidados,...).

Anexo 6 - Resultado da análise dos dados recolhidos (documentação, observação participante e entrevistas)

Focos inferidos com médio e elevado grau de subjectividade - mãe

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Circulação	Perfusão dos tecidos	Varizes dos membros inferiores	"Varizes dos membros inferiores" "	"varizes dos membros inferiores podem conduzir a tromboflebites, principalmente quando elas estão imobilizadas muito tempo"(EE5.7) "as varizes tem a ver com a dificuldade do retorno do sangue, as veias estão salientes, ficam edemaciadas. Fica-se atento à libertação de trombos ou tromboflebites"(E6.32) "na presença de varizes existe má circulação de retorno(E8.23)
	Hemorragia	"lóquios normais"	"membranas fragmentadas" "membranas saíram fragmentadas" "retenção de restos placentares" "útero contraído" "Ligeira descontracção uterina (...)agora tem útero bem contraído" "Útero supra umbilical" "lóquios normais"	"membranas fragmentadas: tem a ver com a perda de sangue e formação do globo de segurança, ou seja pelo risco de hemorragia"(E4.19) "Quando há suspeita/confirmação de membranas fragmentadas é preciso estar atento aos lóquios e ao risco de hemorragia"(E6.5). "Útero contraído: quando se consegue palpar bem o útero, consegue-se palpar uma "bola" arredondada, ou seja assegura-se que o Globo de segurança de Pinard está formado. Se não contrair pode haver hemorragia" (E6.7). "Útero contraído: vigiamos a involução uterina pelo risco de existir descontracção do útero. Quando dizemos que está "supra umbilical,..." traduz que a involução está a ocorrer anormalmente e pode haver mais risco de hemorragia ou infecção" (E8.5) "Útero supra umbilical: quando o útero está acima do local esperado. Pode haver atonia uterina ou pode haver algo que impeça o útero de involuir, por exemplo retenção de restos placentares consequentemente risco de hemorragia"(E6.10). "Membranas fragmentadas: pode haver retenção de restos placentares, o que pode também levar a hemorragia. Manifesta-se frequentemente por sub-involução uterina, e saída dos restos"(E8.27)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Temperatura corporal	Hipertermia	tremores		"Tremores: pode ser um sinal que a temperatura está a subir"(E8.18).
	Febre	Tremores		"Tremores: podem ser um sinal de que a temperatura está a subir"(E8.18)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Secreção	Lactação	mamas tensas mamas moles	"Mamas cheias" "as mamas cheias e tensas" "mamas moles"	"Mamas tensas: há uma tensão mamária por não existir esvaziamento adequado"(E8.29)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Tegumentos	Ferida cirúrgica		"Parto por cesariana"	
	Laceração	feto macrossómico	"laterocedência da mão direita" "feto macrossómico"	"(...) feto é macrossómico, ou nos parece grande, porque esse dado pode dar indícios sobre (...) os riscos de no expulsivo provocar lacerações. O mesmo acontece quando existe laterocedência da mão, pois pode haver lacerações da mucosa vaginal" (E4.14).
	Ingurgitamento mamário	mamas tensas	"Mamas cheias" "as mamas cheias e tensas"	"Mamas tensas: há uma tensão mamária por não existir esvaziamento adequado"(E8.29)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Actividade motora	Expulsão uterina	Distócia de ombros Parto por ventosa	"Distócia de ombros" "Parto por ventosa" "pariu por via baixa" "apresentação está muito alta" "parto difícil" "parto normal"	

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Cognição	Conhecimento		"Temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe" "má adaptação ao seio" "adaptação fraca"	"Adaptação fraca: é quando o RN não consegue agarrar no mamilo de forma adequada. Tem haver com vários factores, os mamilos podem não ser os melhores (...) não sabe, a posição pode não ser a melhor(...)" (E5.13)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Dor	Dor vascular	Tem hemorróide	"Tem hemorróide exacerbada" "hemorróide exteriorizada" "tem hemorróides"	
	Dismenorreia		"Dores abdominais que aumentam quando dá de mamar"	"Dores abdominais que aumentam quando dá de mamar: são as chamadas dores tortas, estão associadas às contracções uterinas que provocam o regresso do útero à sua localização pré-gravidica. Há uma estimulação na contractilidade do útero que provocam estas dores devido à libertação de ocitocina provocada pelo sugar do RN. Por vezes as puérperas referem que são dores tipo cólicas"(E8.6)
	Dor de trabalho de parto	"Queixosa"	"está muito queixosa"	
	Dor sem trabalho de parto		"Queixa-se muito, principalmente quando tem familiares junto dela". "Refere contracções dolorosas mas que melhoraram depois de descansar"	"estava queixosa, estava a chorar dizendo que lhe doía o fundo da barriga. As dores podem ser muito grandes mas não correspondem a contracções eficazes"(E3.4). "Queixam-se mas às vezes não é nada : Quer dizer que não estão em trabalho de parto. Só têm dor"(E3.6)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Resposta imunitária	Infecção	"lóquios normais"	"útero supra umbilical" "Retenção de restos placentares" "lóquios normais" "membranas fragmentadas"	"Lóquios com cheiro: os lóquios tem a ver com a perda hemática normal do período pós parto. Porque não tem o cheiro característico mas sim um cheiro intenso e anormal, até a sala fica com o cheiro durante algum tempo. Pode ter a ver com maus cuidados de higiene, com presença de compressa, restos, etc. e consequente infecção"(E6.4) "membranas fragmentadas: (...)Se nesta altura não existem complicações, podem surgir mais tarde com o risco acrescido de infecção." (E4.19 a)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Adaptação	Autocontrolo	descontrolada queixosa e descontrolada mantém-se calma e controlada queixosa mas controlada má colaboração materna não colaborante/ pouco colaborante	"Estava queixosa" "a queixar-se muito" "Estava muito queixosa" "continuava muito queixosa" "Farta-se de gritar" "Está muito agitada, está sempre às voltas na cama" "está controlada" "só geme e se queixa quando está com contracção" "Já refere mais dores mas está controlada" "Começando a ficar descontrolada "Está mais colaborante" "com boa colaboração materna" "Mexeu-se muito durante o expulsivo" "colaborou lindamente" "está controlada"	"Estava muito queixosa: Que refere dores nas contracções, ou refere dores lombares. Refere dores sem intervalo. Tem taquipneia, respiração ofegante, hiperventilação, sudorese intensa, gesticula, bate com a mão na almofada, por exemplo, trinca os lábios, abre muito os olhos. Não é capaz de respirar, menos receptiva aos pedidos: quer de posição, quer de comportamento, quer de colaboração"(2.2), "Está queixosa: Quando verbaliza,(...) apresenta expressão facial característica, refere o local da dor, a duração, a intensidade, se aumenta, se era igual à anterior"(3.1), "mais queixosa: tem a ver com o espaço de tempo da contracção e não com a intensidade, e então manifestam mais a dor"(5.6) "queixosa e descontrolada: Não consegue controlar a dor. Principalmente a dor da dilatação cervical, a dor da fase activa do trabalho de parto (4.7) "queixosa mas controlada: é aquela Sr.ª que fez preparação para o parto e aguenta bem a dor com recurso à respiração"(4.9) "Descontrolada: quando berra, gesticula, não respira adequadamente, não aceita o que as pessoas dizem (acompanhantes ou nós), esperneiam, está agitada" (5.1) "está colaborante: Refere-se ao período expulsivo, se colabora de acordo com as instruções, se faz o que é esperado naquele momento" (4.4). "está controlada: Está, pelo menos receptiva às informações e consegue assimilar e faz o que se lhe pede de acordo com a situação"(4.5) "má colaboração: Quando a mãe no período expulsivo berra muito, foge pela cama acima, fecha as pernas"(4.6) "está colaborante: calma, que ouve o que se lhe diz, que sabe respirar durante a contracção, consegue relaxar quando não está com a contracção, consegue dialogar e quando tem contracções concentra-se na respiração"(5.2)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Emoções	Ansiedade		"RN na neo" "foi à neo ver o filho" "pouco comunicativa" "mãe ansiosa" "Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto."	"RN na neo, foi à neo ver o filho: as enfermeiras preocupam-se com o acompanhamento que ela faz do RN, pode estar ansiosa, estar triste porque está separado do filho" (E8.3) "Pouco comunicativa: pode estar associado a ansiedade e/ou depressão pós-parto. Significa que a puerpera só responde quando solicitada e mesmo assim com dificuldade. Nestas situações é normal chorarem por tudo e por nada"(E6.24) "RN está na neo,...: quando dizemos isso é para chamar atenção para se se avaliar o sentimento da mãe perante o filho. Se está triste com a separação"(E6.34)
	Tristeza		"está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco..." "Pouco comunicativa" "Estava muito triste mas o marido trouxe-lhe uma fotografia do RN" "o RN está na neo" "está muito em baixo" "está deprimida"	"Pouco comunicativa: pode estar associado a ansiedade e/ou depressão pós-parto. Significa que a puerpera só responde quando solicitada e mesmo assim com dificuldade. Nestas situações é normal chorarem por tudo e por nada"(E6.24) "Deprimida: chora, comunica pouco, chora sem razão aparente - qualquer coisa a faz chorar"(E6.26) "está deprimida: (...) de comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar, chora por tudo e por nada, basta às vezes perguntar como está"(E8.15) "RN está na neo,...: quando dizemos isso é para chamar atenção para se se avaliar o sentimento da mãe perante o filho. Se está triste com a separação"(E6.34) "RN na neo, foi à neo ver o filho: as enfermeiras preocupam-se com o acompanhamento que ela faz do RN, pode estar ansiosa, estar triste porque está separado do filho"(E8.3).
	Desolação		"está muito em baixo" "Pouco comunicativa" "está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco..." "está deprimida" "Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto."	"Pouco comunicativa: pode estar associado a ansiedade e/ou depressão pós-parto. Significa que a puerpera só responde quando solicitada e mesmo assim com dificuldade. Nestas situações é normal chorarem por tudo e por nada"(E6.24) "Deprimida: chora, comunica pouco, chora sem razão aparente - qualquer coisa a faz chorar"(E6.26) "está deprimida: (...) de comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar, chora por tudo e por nada, basta às vezes perguntar como está"(E8.15)
	Trabalho de culpa		"má colaboração materna. Agora chora por saber disso" "Está chorosa, porque como vê os outros bebés na enfermaria e acha que se portou mal "	"má colaboração: Quando a mãe no período expulsivo berra muito, foge pela cama acima, fecha as pernas"(E4.6).
	Sentimentos de impotência		"Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto." "está deprimida" "está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco..."	"Deprimida: chora, comunica pouco, chora sem razão aparente - qualquer coisa a faz chorar"(E6.26) "está deprimida: (...) de comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar, chora por tudo e por nada, basta às vezes perguntar como está"(E8.15)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Reprodução	Trabalho de parto	"Parto difícil" "Distócia de ombros"	"más condições de colo, tem colo fechado, grosso e apresentação no 1º plano" "feto macrossómico" "apresentação está muito alta" "distócia de ombros"	"feto macrossómico pode dar indícios sobre a duração do trabalho de parto (mais demorado)" (E4.14)
	Nascimento		"pariu por via baixa" "parto normal" "parto por ventosa"	

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Interacção de papéis	Papel maternal		"Não está motivada para amamentar "Vai à neo ver o filho" "Mãe ansiosa"	"A mãe não está motivada para amamentar: quando se pergunta a que horas o bebé tem que mamar ela não sabe nem quer saber, quando está a dar de mamar está indiferente: olha para o lado, começa a soprar, fica atenta a tudo menos ao que está a fazer, quando diz que o leite não alimenta o filho/não gosta/não chega. E faz isso mesmo depois de lhe terem sido dadas as informações."(E6.15) "(...)comportamentos não esperados nestas alturas: mostrar-se pouco interessada no filho, não tem interesse em amamentar" (E8.15) "RN na neo, foi à neo ver o filho: as enfermeiras preocupam-se com o acompanhamento que ela faz do RN, pode estar ansiosa, estar triste porque está separado do filho"(E8.3). "Mãe ansiosa: estamos atentas à forma como lida com o bebé pois o facto de estar ansiosa pode prejudicar o relacionamento com o bebé"(E8.4).
	Papel paternal		"o pai assistiu ao parto e está lá com eles"	

Focos inferidos com médio e elevado grau de subjectividade - família

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Processo familiar	Vinculação		"RN está na neo" "ainda não viu o RN que está na neo"	"RN está na neo,...: quando dizemos isso é para chamar atenção para se se avaliar o sentimento da mãe perante o filho. Se está triste com a separação, se o quer ir ver, se precisa de ser acompanhada,...tem haver com a vinculação." (E6.34)
	Amamentar		"Amamenta com dificuldade, em adaptar o RN e o mamilo porque tem mamilos rasos" "necessita ser estimulado para mamar" "dificuldade em estimular/acordar o RN" "adaptação fraca"	"Amamenta com dificuldade...: é quando a puérpera não controla as mamadas (o horário, quando o RN está a dormir não o acorda para mamar, está bem que cada RN tem o seu próprio ritmo mas por vezes se se deixar dormir eles dormem 5 a 6 horas, ainda existe aquela crença que dormir é metade do sustento" (E7.2) "Dificuldade em estimular/acordar o bebé: tem a ver com a amamentação. Para o bebé mamar bem tem que estar acordado e por vezes a mãe tem dificuldade em o acordar" (E6.27) "Amamenta com dificuldade...: depende, isto pode traduzir dois aspectos: a prática da mãe ou do RN. Quando diz respeito à mãe diz respeito à dificuldade que ela tem de fazer a prega, pôr o RN à mama, o não conseguir amamentar por dificuldade dela, pelas mais variadas razões"(E8.2) "Adaptação fraca: é quando o RN não consegue agarrar no mamilo de forma adequada. Tem a ver com vários factores, os mamilos podem não ser os melhores) e então o RN chora; pode ser a mãe que não está disposta a amamentar, não sabe, a posição pode não ser a melhor, pode estar cansada"(E5.13) "Precisa ser estimulado para mamar: quando o RN é muito sonolento, requer que o acorde para poder mamar de forma eficaz"(E8.36)
	Mamar	"não adaptado à mama" "não consegue mamar na mama" "dificuldade em se adaptar ao seio" "má adaptação ao seio materno" RN não satisfeito/ satisfeito	"o bebé fica irritado, nervoso e não agarrava de maneira nenhuma" "mama lindamente" "Mal adaptado (RN)" "bebé no seio esquerdo tem uma certa dificuldade" "necessita ser estimulado para mamar" "não havia meio de se adaptar" "adaptação fraca" "mamou 20 minutos numa mama e só 5 na outra" "adaptação fraca"	"Precisa ser estimulado para mamar: quando o RN é muito sonolento, requer que o acorde para poder mamar de forma eficaz"(E8.36) "Adaptação fraca: é quando o RN não consegue agarrar no mamilo de forma adequada. Tem a ver com vários factores, os mamilos podem não ser os melhores (...)"(E5.13) "Amamenta com dificuldade: depende, isto pode traduzir dois aspectos: a prática da mãe ou do RN. (...) Dificuldades pelo RN diz respeito ao facto do RN ter maus reflexos, estar pouco estimulado, mais sonolento (sonolento traduz a fraca estimulação dos próprios reflexos).(…)" (E8.2) "Amamenta com dificuldade...: depende, isto pode traduzir dois aspectos: a prática da mãe ou do RN. Quando diz respeito à mãe diz respeito à dificuldade que ela tem de fazer a prega, pôr o RN à mama, o não conseguir amamentar por dificuldade dela, pelas mais variadas razões"(E8.2)

Focos inferidos com médio e elevado grau de subjectividade - feto e recém-nascido

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Respiração	Dispneia	vitalidade fraca	"vitalidade fraca" "Apgar 8/9/10 ao nascer" "nasceu com APGAR 5/7"	"(...) vitalidade fraca quando o RN está pálido, não chora, está hipotónico, pode estar associado a Síndrome de dificuldade respiratória (...)A vitalidade é a manifestação clínica exterior da boa oxigenação dos órgãos vitais" (E8.24.a). "Índice de APGAR: é uma avaliação simples e resultante da apreciação da adaptação do RN à vida extra uterina. Avalia-se a tonicidade muscular, a respiração espontânea, a frequência cardíaca, a coloração da pele e a reacção aos estímulos. Estes parâmetros permitem apreciar indirectamente a oxigenação dos órgãos nobres". (E8.24.b)
	Hipóxia	Índice de APGAR	Índice de APGAR	"Índice de APGAR: é uma avaliação simples e resultante da apreciação da adaptação do RN à vida extra uterina. Avalia-se a tonicidade muscular, a respiração espontânea, a frequência cardíaca, a coloração da pele e a reacção aos estímulos. Estes parâmetros permitem apreciar indirectamente a oxigenação dos órgãos nobres". (E8.24.b)
	Expectorar	Choro vigoroso RN com choro forte	"choro vigoroso"	"Choro vigoroso: porque chora bem, com as vias aéreas permeáveis"(E8.41).
	Aspiração	LA com mecónio Características do LA	"LA com mecónio espesso" "LA tingido de mecónio" "LA normal" "LA com mecónio"	"LA tingido de mecónio, LA meconial: Quando referimos isso é para chamar a atenção (...) para o momento do parto porque esse RN tem que ser aspirado à vulva porque há risco de aspiração"(E4.12)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Circulação	Perfusão dos tecidos (feto)	bradicardia fetal desaceleração fetal desaceleração precoce desacelerações feto pouco reactivo circular ao pescoço (cordão umbilical) CTG: variável e reactivo, linha de base, ausência de CU; traçado pouco variável, com CU NST variável e reactivo, sem contractilidade uterina e movimentos fetais activos Sofrimento fetal	"Traçado sem alterações" "traçado é que não está nada bem." "bradicardia mesmo sem contracções" "Tem linha de base baixa e desacelerações variáveis" "traçado variável e reactivo" "Tinha DIP I" "LA tingido de mecónio" "Sofrimento fetal" "Índice de APGAR"	"o feto está reactivo quer dizer que não está em sofrimento. Nestas situações o que se vigia é o bem estar fetal, ou seja, se o feto tem reserva de oxigénio adequado e suficiente às necessidades, principalmente durante a contracção uterina"(E2.7). "circular do cordão umbilical, desacelerações variáveis, bradicardias traduz sofrimento fetal. Isto significa que há uma diminuição da perfusão tecidular do feto em termos de oxigénio, e isso reflecte-se nos batimentos cardíacos fetais, diminuindo a frequência"(E2.8) "circular do cordão umbilical, desacelerações variáveis, bradicardias, todas essas situações têm a ver com isto com diminuição de aporte de oxigénio aos tecidos fetais devido à compressão dos vasos uterinos provocado pelas contracções uterinas"(E2.9). "bradicardia traduz uma diminuição do aporte de oxigénio e nutrientes na circulação fetal devido à contracção uterina que diminui o fluxo de sangue entre a circulação materna e fetal, e quando atinge o sistema nervoso central o RN manifesta-se com diminuição da frequência cardíaca fetal"(E5.14) "LA tingido de mecónio, LA meconial: Quando referimos isso é para chamar a atenção para a vigilância de alterações no traçado durante o trabalho de parto sugestivos de sofrimento fetal(...)"(E4.12) "Índice de APGAR: é uma avaliação simples e resultante da apreciação da adaptação do RN à vida extra uterina. Avalia-se a tonicidade muscular, a respiração espontânea, a frequência cardíaca, a coloração da pele e a reacção aos estímulos. Estes parâmetros permitem apreciar indirectamente a oxigenação dos órgãos nobres". (E8.24.b)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Temperatura corporal	Hipotermia	"RN hipotónico"	"RN hipotónico" "Vitalidade fraca"	"Hipotonia: quer dizer que o RN tem actividade motora diminuída, está flácido, pega-se nele e ele caí. Habitualmente temos que procurar a causa pois pode ser hipotermia(E...)" (E4.3) "Vitalidade fraca: pode estar pálido, não chorar, estar hipotónico, pode estar associado a (E...) frio" (E8.24.a).

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Nutrição	Ingestão nutricional	"RN macrossómico" "mamilo esquerdo retraído" "mamilos mal formados, rasos, umbilicados" "má adaptação ao seio materno"	"Fica satisfeito só com leite materno" "Mamou pouco" "Não mamava, tinha 75 de dx" "Mamas com pouco colostro" "Mama lindamente" "RN macrossómico" "RN hipotónico" "Temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe" "Mamilos rasos" "bebé no seio esquerdo tem uma certa dificuldade" "adaptação fraca" "mama bem" "RN não satisfeito" "Este RN faz leite adaptado em todas as mamadas porque não fica satisfeito" "Como não ficou satisfeito fez leite adaptado" "pareceu satisfeito por isso não lhe dei suplemento .apesar de pesar 4 ....g" "bebé ficou satisfeito, por isso não lhe dei suplemento"	"RN não satisfeito: tem a ver com a satisfação em termos de alimentação. Fica inquieto, chora, não fica sossegado, não adormece, talvez porque não deve ter mamado o suficiente"(E5.10) "Faz suplemento de leite adaptado: quando a mãe tem pouco colostro temos que dar suplemento pelo risco de hipoglicemia e o RN ficar com fome"(E6.28) "RN macrossómico: isso tem a ver com o risco de hipoglicemia sendo um RN grande tem mais necessidades que os outros porque tem maior massa corporal" (E4.13) "Hipotonia: quer dizer que o RN tem actividade motora diminuída, está flácido, pega-se nele e ele caí. Habitualmente temos que procurar a causa pois pode ser (...) hipoglicemia"(E4.3), "RN hipotónico: não reage aos estímulos externos, não chora...não reage aos estímulos externos, não chora...tem a ver com hipoglicemia"(E6.16), "Mamilos rasos/umbilicados: o RN tem dificuldade em se adaptar ao mamilo da mãe."(E8.35) "Adaptação fraca: é quando o RN não consegue agarrar no mamilo de forma adequada. Tem a ver com vários factores, os mamilos podem não ser os melhores (...)"(E5.13) "RN não está satisfeito: quando mama na mãe e depois mama biberão(E6.29)"

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Digestão	Sucção	mama mal adaptação fraca mama com dificuldade	"Mama mal" "Mama bem" "mama lindamente" "mama com dificuldade" "adaptação fraca" "mama bem no biberão" "necessita ser estimulado para mamar"	"Mama bem: suga e deglute bem" (E6.2) "Adaptação fraca: quando o RN não agarra completamente o mamilo, não mama bem(E6.36). "Mama com dificuldade: quando não suga convenientemente"(E6.36 a) "Precisa ser estimulado para mamar: quando o RN é muito sonolento, requer que o acorde para poder mamar de forma eficaz"(E8.36). "Amamenta com dificuldade: depende, isto pode traduzir dois aspectos: a prática da mãe ou do RN. (...) Dificuldades pelo RN diz respeito ao facto do RN ter maus reflexos, estar pouco estimulado, mais sonolento (sonolento traduz a fraca estimulação dos próprios reflexos). É a sucção que estamos a vigiar" (E8.2) "Adaptação fraca: é quando o RN não consegue agarrar no mamilo de forma adequada. Tem a ver com vários factores, os mamilos podem não ser os melhores (...)"(E5.13)
	Deglutição		"Mama bem no biberão"	"Mama bem: suga e deglute bem" (E6.2)
	Vómito		"RN com boa tolerância" "tolerância alimentar"	"RN tem boa tolerância: quer dizer que a criança não vomitou, é referido porque há episódios anteriores de vómitos, náuseas, recusa alimentar; é para vigiar a tolerância alimentar. Estamos atentas ao vómito para ver se o RN faz bem, ou não, a digestão. por vezes ele pode estar nauseado e não quer comer(...)" (E7.1) "RN tem boa tolerância: estamos a falar da digestão, se a digestão se faz dentro do habitual, o que vigiamos são os vómitos" (E8.1)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Sensações	Fome		"RN não parecia satisfeito por isso dei-lhe leite adaptado" "Este RN faz leite adaptado em todas as mamadas porque não fica satisfeito" "Como não ficou satisfeito fez leite adaptado" "pareceu satisfeito por isso não lhe dei suplemento .apesar de pesar 4 ....g" "bebé ficou satisfeito, por isso não lhe dei suplemento" "RN não satisfeito"	"Faz suplemento de leite adaptado: quando a mãe tem pouco colostro temos que dar suplemento pelo risco de (...) o RN ficar com fome"(E6.28). "RN não satisfeito: tem a ver com a satisfação em termos de alimentação. Fica inquieto, chora, não fica sossegado, não adormece, talvez porque não deve ter mamado o suficiente" (E5.10) "RN não está satisfeito: quando mama na mãe e depois mama biberão"(E6.29)
	Náusea		"RN com boa tolerância" "tolerância alimentar"	"(…)No RN ele fica nauseado que esboça o vómito se se continua a insistir na alimentação"(E6.17)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Resposta imunitária	Infecção		"RN hipotónico"	"RN hipotónico: não reage aos estímulos externos, não chora(...), e por vezes com infecção"(E6.16)

Categorias	Subcategorias	Documentação	Passagem de turno	Entrevistas
Desenvolvimento físico	Desenvolvimento infantil	Índice de Apgar	Índice de Apgar	"Índice de APGAR: é uma avaliação simples e resultante da apreciação da adaptação do RN à vida extra uterina. Avalia-se a tonicidade muscular, a respiração espontânea, a frequência cardíaca, a coloração da pele e a reacção aos estímulos. Estes parâmetros permitem apreciar indirectamente a oxigenação dos órgãos nobres". (E8.24.b)

Anexo 7 - Níveis de concordância entre focos da prática e as expressões usadas pelas enfermeiras obtidos na primeira ronda

Foco da prática	Unidade de análise	% de participantes		
		>=5	=4	<=3
Dispneia	"vitalidade fraca"	100	0	0
	"Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com APGAR 5/7" /"Índice de Apgar"	83,3	0	16,7
Hipotermia	"vitalidade fraca"	94,4	0	5,6
	"RN hipotónico"	94,4	0	5,6
Hipóxia	"Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com APGAR 5/7" /"Índice de Apgar"	94,4	0	5,6
Desenvolvimento infantil	"Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com Apgar 5/7" /"Índice de Apgar"	55,5	11,1	33,4
Perfusão dos tecidos	"Apgar 8/9/10 ao nascer"/ "nasceu com APGAR 5/7" /"Índice de Apgar"	94,4	0	5,6
	"Liquido Amniótico com mecónio"/ "Liquido Amniótico normal"	44,4	22,2	33,4
	"Varizes dos membros inferiores"	77,8	5,6	16,7
	"bradicardia fetal" / "bradicardia mesmo sem contracção"	83,3	16,6	0
	"desaceleração fetal" /"desacelerações variáveis" / "desacelerações precoces"	88,9	11,1	0
	"feto pouco reactivo" / "CTG: variável e reactivo, linha de base, ausência de CU"	83,3	11,1	5,6
	"circular ao pescoço"	94,4	5,6	0
	"traçado sem alterações" / "o traçado é que não está nada bem"	88,9	5,6	5,6
	"Sofrimento fetal"	88,9	5,6	5,6
Expectorar	"Choro vigoroso"/ "RN com choro forte"	33,3	0	
Aspiração	"Liquido Amniótico com mecónio"/ "Liquido Amniótico normal"	94,4	0	5,6
Hemorragia	"membranas fragmentadas"	94,4	0	5,6
	"retenção de restos placentares"	94,4	0	5,6
	"útero contraído" /"Ligeira descontracção uterina („„)agora tem útero bem contraído"	94,4	0	5,6
	"Tem útero em involução"	94,4	0	5,6
	"Útero supra umbilical"	100	0	0
	"lóquios normais"	94,4	0	5,6
Infecção	"membranas fragmentadas"	94,4	5,6	0
	"retenção de restos placentares"	94,4	5,6	0
	"Tem útero em involução"	72,2	5,6	22,2
	"Útero supra umbilical"	83,3	0	16,7
	"RN hipotónico"	77,8	11,1	11,1
Febre	"tremores"	88,9	5,6	5,6
	"lóquios normais"	100	0	0
Hipertermia	"tremores"	94,4	0	5,6
Ingestão nutricional	"RN hipotónico"	94,4	0	5,6
	"RN macrossómico"	88,9	11,1	0
	"Fica satisfeito só com leite materno" / "bebé ficou satisfeito, por isso não lhe dei suplemento" / "Este RN faz leite adaptado em todas as mamadas porque não fica satisfeito"/ RN não satisfeito"	88,9	11,1	0
	"Mamou pouco"	100	0	0
	"Não mamava, tinha 75 de dx"	94,4	0	5,6
	"Mamas com pouco colostro"	83,3	5,6	11,1
	"Mama lindamente" / "mama bem" / "mama mal"	83,3	5,6	11,1

	"Temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe"	83,3	5,6	11,1
	"mamilos mal formados, rasos, umbilicados"	88,9	5,6	5,6
	"má adaptação ao seio materno" /"adaptação fraca" / "mal adaptado"	88,9	5,6	5,6
	"Mamas cheias"/ "as mamas cheias e tensas"/ "mamas moles"	100	0	0
Fome	"Fica satisfeito só com leite materno" / "bebé ficou satisfeito, por isso não lhe dei suplemento" / "Este RN faz leite adaptado em todas as mamadas porque não fica satisfeito"/ RN não satisfeito"	83,3	5,6	11,1
	"RN não parecia satisfeito por isso dei-lhe leite adaptado"	100	0	0
Lactação	"Mamas com pouco colostro"	100	0	0
	Mamas cheias"/ "as mamas cheias e tensas"/ "mamas moles"	100	0	0
Sucção	"Mama lindamente" / "mama bem" / "mama mal"	100	0	0
	"má adaptação ao seio materno" /"adaptação fraca" / "mal adaptado"	94,4	0	5,6
	"necessita ser estimulado para mamar"	100	0	0
	"mama bem no biberão"	94,4	0	5,6
Mamar	"Mama lindamente" / "mama bem" / "mama mal"	100	0	0
	"necessita ser estimulado para mamar"	100	0	0
	"mamou 20 minutos numa mama e só 5 na outra"	94,4	0	5,6
Conhecimento	"Temos que estar atentas às horas das mamadas porque ela não sabe"	100	0	0
	"má adaptação ao seio materno" /"adaptação fraca" / "mal adaptado"	94,4	0	5,6
Amamentar	"má adaptação ao seio materno" /"adaptação fraca" / "mal adaptado"	94,4	0	5,6
	"necessita ser estimulado para mamar"	94,4	0	5,6
	"dificuldade em adaptar o RN ao seio" / "amamenta com dificuldade" / "Amamenta com dificuldade, em adaptar o RN e o mamilo porque tem mamilos rasos"	100	0	0
Deglutição	"mama bem no biberão"	94,4	0	5,6
Vómito	"tolerância alimentar"/ "RN com boa tolerância"	94,4	0	5,6
Náusea	"tolerância alimentar"/ "RN com boa tolerância"	94,4	0	5,6
Ferida cirúrgica	"Parto por cesariana" / "parto com episio"	100	0	0
Laceração	"laterocedência da mão direita"	83,3	11,1	5,6
	"feto macrossómico"	83,3	5,6	5,6
Expulsão uterina	"feto macrossómico"	83,3	5,6	5,6
	"parto normal"	77,8	5,6	16,7
	"Parto por ventosa" / "pariu por via baixa"	77,8	5,6	16,7
	"distócia de ombros"	66,7	11,1	22,1
	"Parto difícil"	83,3	5,6	11,1
	"apresentação está muito alta"	83,3	11,1	5,6
Trabalho de parto	"feto macrossómico"	88,9	5,6	5,6
	"más condições de colo, tem colo fechado, grosso e apresentação no 1º plano"	88,9	11,1	0
	"Parto difícil"	88,9	5,6	5,6
	"apresentação está muito alta"	88,9	11,1	0
Nascimento	"parto normal"	83,3	5,6	11,1
	"Parto por ventosa" / "pariu por via baixa"	83,3	5,6	11,1
	"distócia de ombros"	61,1	5,6	33,3
	"Parto difícil"	72,2	5,6	11,1
Dor vascular	"Tem hemorróide" /"tem hemorróide exacerbada"	100	0	0
Dismenorreia	"Dores abdominais que aumentam quando dá de mamar"	72,2	16,7	11,1
Autocontrolo	"queixosa e descontrolada" / "queixosa e controlada"	88,9	11,1	0
	"Está muito agitada, está sempre às voltas na cama"	88,9	11,1	0

	"não colaborante/ pouco colaborante" /"colaborou lindamente"	89,9	11,1	0
	"má colaboração materna"	88,9	11,1	0
	"está controlada" / "descontrolada"	88,9	11,1	0
Dor de falso trabalho de parto	"refere contracções dolorosas mas que melhoraram depois de descansar" / "Queixa-se muito, principalmente quando tem familiares junto dela"	83,3	11,1	5,6
Ansiedade	"RN na neo" / "foi à neo ver o filho"	88,9	0	11,1
	"Pouco comunicativa"	100	0	0
	"mãe ansiosa"	100	0	0
Vinculação	"RN na neo" / "foi à neo ver o filho"	100	0	0
	"Ainda não viu o RN que está na neo"	100	0	0
Tristeza	"RN na neo" / "foi à neo ver o filho"	94,4	0	5,6
	"está muito em baixo"	94,4	0	0
	"está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco,,," / "está deprimida"	100	0	0
	"Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto"	100	0	0
	"Pouco comunicativa"	100	0	0
Desolação	"está muito em baixo"	94,4	0	5,6
	"está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco,,," / "está deprimida"	100	0	0
	"Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto"	88,9	11,1	0
	"Pouco comunicativa"	100	0	0
Sentimentos de impotência	"está deprimida, está com olheiras, ar cansado, mexe-se pouco,,," / "está deprimida"	100	0	0
	"Chorava por tudo e por nada, bastava falar para ela para que começasse a chorar, está triste parece estar a fazer uma depressão pós-parto"	100	0	0
Trabalho de culpa	"má colaboração materna, Agora chora por saber disso"	88,9	11,1	0
	"Está chorosa, porque como vê os outros bebés na enfermaria e acha que se portou mal"	83,3	16,6	0
Papel maternal	"Não está motivada para amamentar"	100	0	0
	"Ainda não viu o RN que está na neo"	94,4	0	5,6
	"mãe ansiosa"	100	0	0
Papel paternal	"o pai assistiu ao parto e está lá com eles"	94,4	0	5,6

Legenda: n.º de participantes
100% - 18; 94,4% - 17; 88.9% - 16; 83.3% - 15; 77.7% - 14;
72.2% - 13; 66.6% - 12; 61.1% - 11; 55.5% - 10; 44.4% - 8; 33.3% - 6

Anexo 8 - Focos da prática sugeridos pelos peritos, na primeira ronda

Expressão 1	Foco	Comentários	F
"Gemido (discreto, intermitente, persistente)"	Dispneia	"por vezes o RN apresenta gemido que conforme o seu grau de intensidade nos orienta para o foco da prática. Se for discreto pode significar uma taquipneia transitória do RN e por isso ser passageiro, mas se for persistente pode significar SDR ou sepsis"	8
	Dor cutânea		1
	Hipotermia	"efectuar aquecimento do RN para remover hipotermia..."	12
	Susceptibilidade à infecção		1
	Infecção	"se rotura de membranas superior a 12 horas alertar o pediatra para possível existência de infecção"	6
	Perfusão dos tecidos	"quando o RN começa com gemidos é sinal que está com desconforto e com esforço para O2 chegar aos pulmões. Há por isso dificuldade de fornecimento de O2 a nível celular."	1
	Trabalho de parto	"quando ocorre TP prolongado, período expulsivo prolongado e parto distócico"	1
	Hipertermia		1

Diagnóstico médico: sepsis (1)
Outros :
hipoglicemia (4)

Expressão 2	Foco	Comentários	F
"Choro débil"	Ingestão nutricional	"efectuar ... ingestão alimentar adequada para regressão do choro débil"	2
	Infecção		6
	Hipotermia	"efectuar aquecimento ... adequada para regressão do choro débil"	10
	Dispneia	"o choro débil, pode ser um sinal precoce de dispneia, dificuldade de fornecimento de O2, líquidos ou nutrientes a nível celular"	3
	Aspiração		1
	Fome		1
	Hipóxia		2
	Trabalho de parto		1
	Perfusão dos tecidos		22
	Desenvolvimento infantil	"o RN normal deverá ter competências para evidenciar um choro vigoroso. O choro débil pode estar associado a um atraso do seu processo de desenvolvimento..."	2
	Dor		1
	Conforto	desconforto	1

Outros :
hipotonia (3) - "normalmente o choro débil está associado à hipotonia, a criança não tem "força" para chorar."
vitalidade do RN(1)
RN que teve um período expulsivo difícil (1)
Hipoglicemia (3)

Expressão 3	Foco	Comentários	F
"Recusa alimentar"	Ingestão nutricional	"Excesso de alimentos"; "alimentação alterada por excesso"; "pode o mamar estar alterado e corre o risco de ter uma ingestão nutricional deficiente."	6
	Susceptibilidade à infecção		1
	Mamar	"pode o mamar estar alterado e corre o risco de ter uma ingestão nutricional deficiente."	1
	Sucção		2

	Fome		1
	Náusea	"efectuar aspiração gástrica adequada; aquecer o RN; efectuar DX para despiste de hipoglicemia."	6
	Hipotermia		1
	Vinculação		1
	Papel maternal		1
	Vómito	"Intolerância alimentar"; " RN se recusa a alimentar normalmente tem como foco de atenção a vigilância de náuseas, vómitos."	3
	Perfusão dos tecidos		1

Diagnóstico médico: sepsis(2) - um dos sintomas de sepsis no RN é a recusa alimentar"

Outros :

Necessidades socio-económicas(1)

Secreções (1)

Hipoglicemia - "hipoglicemia pode ser a causa de hipotonia e recusa alimentar."

Expressão 4	Foco	Comentários	F
"Involução uterina"	Infecção	"Restos placentares"	8
	Perda sanguínea	"deve vigiar a perda sanguínea uterina para se quantificar e qualificar"; "perda hemática vaginal escassa"	2
	Hemorragia	"no período pós parto imediato, um dos focos de atenção das enfermeiras é o risco de hemorragia daí a necessidade de vigiar a involução uterina."; "Útero bem contraído"	12
	Contracção uterina	"atonia"	1

Outros :

Movimentos musculares

Tempo de puerpério

Expressão 5	Foco	Comentários	F
"Pulso taquicárdico"	Dor de trabalho de parto	"o pulso taquicárdico é sugestivo de dor"	1
	Hemorragia		6
	Febre		2
	Ansiedade		4
	Débito cardíaco		2
	Hipertermia		6
	Choque anafilático	"reacção anafilática"	1
	Morte		1
	Infecção	"quando o enfermeiro menciona pulso taquicárdico se for durante a gravidez tem em atenção a febre dado poder ocorrer infecção - «amniotite»" .	3
	Dispneia		1
	Choque cardiogénicoco	"...Após o parto o risco de choque hipovolémico."	1
	Perfusão dos tecidos	"o pulso taquicárdico sugere alteração de perfusão dos tecidos por desequilibro hemostático."	1
	Lactação *	"subida do leite"	1

Outros :

Efeito de medicação - "medicação que é administrada e provoca taquicardia"

Expressão 6	Foco	Comentários	F
"ardência urinária"	Susceptibilidade à infecção		1
	Dor cutânea		1
	Dor		1

	Infecção	"infecção urinária"; "infecção das vias urinárias"	16

Diagnóstico médico: infecção urinária (?)
Outros :
Dificuldade em urinar

Expressão 7	Foco	Comentários	F
"disúria"	Susceptibilidade à infecção		1
	Dor	"dor ao urinar"	5
	Infecção	"Infecção urinária"; infecção puerperal"	17
	Trabalho de parto	"A atenção nas grávidas deve ser aumentada pelo risco de parto pré-termo."	1
	Hipertermia		1

Diagnóstico médico: cólica renal
Outros :
Traumatismo de algália - "visto que as cesarianas vem algaliadas do bloco operatório e continuam até ao 1º levante; a disúria pode ser originada pode ser por traumatismo da algália"

Expressão 8	Foco	Comentários	F
"glicosúria"	Metabolismo		2
	Nutrição		2
	Ingestão nutricional		1
	Expulsão uterina*	"risco de macrossomia fetal"	1
	Gravidez		1
	Conhecimento	"Nutrição/alimentação (ensino)"	1
	Precaução de segurança	Hiperglicemia - "havendo glicosúria sugere risco de hiperglicemia"	1

Diagnóstico médico: diabetes; diabetes gestacional
Outros :
Alterações endócrinas

Expressão 9	Foco	Comentários	F
"proteinúria"	Metabolismo		2
	Edema		2
	Hipertensão		1
	Infecção		3
	Gravidez		1
	Conhecimentos	"nutrição - reforço proteínas (ensino)"	1
	Nutrição	"reforço proteico"	1

Diagnóstico médico: pré-eclampsia
Outros :
Alterações metabólicas

Expressão 10	Foco	Comentários	F
"Cuidados imediatos ao RN"	Prestar cuidados		1
	Dispneia		1
	Hemorragia	"prevenção da doença hemorrágica;"	
	Perfusão dos tecidos		
	Limpeza das vias aéreas	"desobstrução das vias aéreas"; "aspiração à vulva se liquido com mecónio"	
	Aspiração		2
	Hipotermia	"aquecimento"; "limpar; secar; manter aquecido"	1
	Infecção	"infecção ocular"; "infecção do coto umbilical"; "desinfecção ocular"	1

	Vinculação	"colocar o RN na barriga da mãe após o nascimento, depois cortar o cordão - estabelecimento de vínculo precoce."	1
	Hipóxia *	"promover melhor adaptação do RN à vida extra uterina"; "fornecer oxigénio"	1
	Desenvolvimento infantil *	"pesar; medir;"	1
	Ingestão nutricional*	"hipoglicemia"	1
	Conforto		1

Outros :
"bem estar do RN"
"cuidados ao coto umbilical"; "Identificação do RN"

Expressão 11	Foco	Comentários	F
"Não amamenta"	Actividade de estilo de vida - uso de drogas		1
	Interacção social	"puérpera influenciada por outros familiares ou grupos sociais;"; "relações laborais perturbadas"	1
	Conhecimento	"falta de conhecimentos sobre o assunto;"	2
	Papel maternal		4
	Lactação	"insuficiente produção de leite;"; "falta de colostro"	3
	Mastite da lactação	"se não amamentar pode ter o risco de mastite se não fizer inibição láctea."	1
	Desolação*	"depressão";	1
	Vinculação		3
	Ingurgitamento mamário	"turgescência mamária"; "cuidados às mamas"	3
	Ligação mãe-filho*	"Relacionamento mãe-filho"	1
	Amamentar		1
	Ingestão nutricional	"alimentação do RN - artificial e respectivos cuidados"	1
	Crença na realidade		1
	Sentimento de impotência		1
	Imagem corporal		2

Diagnóstico médico: doença existente - HIV
Outros :
"estados psicológicos"
"desmotivação da mãe"

Expressão 12	Foco	Comentários	F
"RN ictérico"	Perfusão dos tecidos		2
	Ingestão nutricional		2
	Metabolismo		3
	Desenvolvimento infantil	"sendo a icterícia um processo normal do desenvolvimento infantil quando não patológica"	1
	Morte		1
	Nutrição		1
	Hidratação	"hidratação abundante"	2
	Eliminação intestinal*	"vigiar funcionamento intestinal"	1
	Convulsão	"tem em atenção o risco de kernicterus (convulsão)"	1
	Tegumentos		1

Diagnóstico médico: kernicterus, icterícia neonatal
Prescrição médica: fototerapia
Outros :
"prematuridade"
"alterações metabólicas"

Expressão 13	Foco	Comentários	F
"nasceu impregnado de mecónio"	Dispneia		1
	Náusea		1
	Susceptibilidade à infecção		1
	Aspiração		6
	Infecção		8
	Limpeza das vias aéreas	"permeabilidade das vias aéreas"	3
	Amamentar		1
	Hipóxia		1
	Asfixia		1

Outros :
"sofrimento fetal"
"recusa alimentar"

Expressão 14	Foco	Comentários	F
"perda de liquido amniótico"	Trabalho de parto	"ameaça de parto pré-termo"	7
	Susceptibilidade à infecção		1
	Promoção da gravidez - risco de aborto		1
	Aborto *	"ameaça de aborto"	1
	Infecção	"infecção neonatal"; "quanto mais horas tiver de perda de liquido amniótico maior o risco de infecção e de sofrimento fetal"	10
	Desenvolvimento fetal		1
	Morte	"morte fetal"	1

Diagnóstico médico: coriamniotite
Outros :
"bem estar fetal"
"sofrimento fetal"

Expressão 15	Foco	Comentários	F
"faz soro no final das mamadas"	Hidratação	"normalmente o RN faz soro no final da mamada para aumentar a hidratação quando está ictérico de forma a aumentar a eliminação de bilirrubina."; "Será para aumentar o volume de líquidos ingeridos e forçar a eliminação"	3
	Perfusão dos tecidos		1
	Desidratação		1
	Ingestão nutricional		1
	Lactação*	"leite materno insuficiente"	1
	Ansiedade	"sobredosagem da mamada por ansiedade materna"	1

Outros:
hipoglicemia - "o facto de fazer soro no final das mamadas é essencialmente em situações ou de hipoglicemia..."; "risco de hipoglicemia"

Expressão 16	Foco	Comentários	F
"polaquiúria"	Susceptibilidade à infecção		1
	Desidratação	"se não houver hidratação adequada haverá risco de desidratação"	2
	Infecção		13
	Eliminação vesical		1
	Conhecimento	"infecção urinária - ensino"; "1º e 2º trimestre - ensino"	2

Diagnóstico médico: infecção urinária
Outros :
"compressão da bexiga pelo feto"

Expressão 17	Foco	Comentários	F
"parturiente/ puérpera adolescente"	Gravidez não planeada		1
	Personalidade lábil		1
	Crise		1
	Conhecimento	"quando temos parturientes adolescentes dado o seu nível de desenvolvimento e maturação pode apresentar falta de conhecimento em relação a ele e RN"; "uma puerpera adolescente devido à sua imaturidade e inexperiência, irá necessitar de mais atenção e orientação por parte de enfermagem para cuidar do RN."	10
	Adaptação	Dificuldade de adaptação"	1
	Papel de prestador de cuidados		1
	Papel maternal		5
	Amamentar		1
	Ansiedade		1
	Trabalho de parto	"maior risco nestas mulheres de terem um trabalho de parto mais difícil"; "maior atenção no trabalho de parto"	1

Outros :
"menina mãe"
"apoio psicológico/social"
"imaturidade física e psíquica"

Expressão 18	Foco	Comentários	F
"gravidez não vigiada"	Actividade estilo de vida		1
	Promiscuidade		1
	Susceptibilidade à infecção		2
	Desenvolvimento infantil		2
	Desenvolvimento fetal		2
	Conhecimento	"falta de conhecimentos"	5
	Ligação mãe-filho		1
	Vinculação		2
	Infecção	"infecção da mãe ou do RN"	7
	Papel maternal		1
	Precaução de segurança		1

Outros :
"bem estar fetal"
"contágio"
"razão pela qual não vigiou a gravidez"
"riscos para a mãe e RN" - "deve ter-se atenção aos riscos de patologia para o RN. Pode também ser um alerta para problemas sociais"
"apoio social"
datar a gravidez
"falta de recursos"

Expressão 19	Foco	Comentários	F
"hora do nascimento"	Desenvolvimento infantil		3
	Nascimento		3
	Expulsão uterina*	"dequite"	3
	Trabalho de parto	"a hora do nascimento é importante no desenvolvimento do TP, sobretudo no desenrolar do 3º período"	2
	Vinculação	"Vínculo precoce - tríade mãe/pai/filho	1

Outros :
"registo do nascimento"

"cuidados imediatos"
"procedimentos legais"
"determinação da licença de maternidade/paternidade"
"instituição do Índice de Apgar"/ "atribuição do Índice de Apgar"
"alta clínica"

Expressão 20	Foco	Comentários	F
"hora da rotura de membranas"	Infecção		16
	Trabalho de parto	"ameaça de parto pré-termo"	4
	Aborto*	"ameaça de abortamento"	1

Outros :
"registo" - "deve registar-se para saber o tempo que medeia entre a rotura e o nascimento"
"bem estar fetal"

Expressão 21	Foco	Comentários	F
"ruídos cardíacos positivos e normais"	Função cardíaca		1
	Perfusão dos tecidos	"indica-nos que a perfusão dos tecidos não está alterada"	2
	Morte	"se os ruídos cardíacos fetais não estiverem positivos e normais é porque ou há morte fetal..."	1
	Hipóxia		1

Outros :
"bem estar fetal" (9)

Expressão 22	Foco	Comentários	F
"máscara equimótica"	Ansiedade	"um bebé com máscara equimótica provoca na mãe sentimento de ansiedade"	1
	Perfusão dos tecidos		9
	Hipóxia		3
	Hipotermia		1
	Expulsão uterina*	"período expulsivo arrastado"	1
	Trabalho de parto	"trabalho de parto arrastado"	1
	Dispneia		3

Outros :
"sofrimento fetal" (9)
"circular do cordão"; "nós do cordão"
"incompatibilidade feto-pélvica"
"esforço"

Expressão 23	Foco	Comentários	F
"RN plectórico"	Metabolismo		2
	Desenvolvimento infantil		1
	Hipotermia		1
	Hipóxia		1
	Infecção		1
	Perfusão dos tecidos		3
	Expulsão uterina*	"período expulsivo arrastado"	1

Diagnóstico médico: icterícia precoce
Outros :
"hiper volémia"
"circular do cordão"; "nós do cordão"
"incompatibilidade feto-pélvica"
"risco de hiperbilirrubinemia" - "perante um RN plectórico tem-se em atenção o risco de icterícia, logo os cuidados vão ser orientados de forma a diminuir esse risco"
hipoglicemia

Expressão 24	Foco	Comentários	F
"pouco reactivo a estímulos"	Ingestão nutricional		1
	Desenvolvimento infantil		2
	Hipotermia		7
	Hipóxia		1
	Precaução de segurança*	"hipoglicemia"	5
	Infecção		7
	Perfusão dos tecidos		2
	Sonolência		1
	Dispneia		1
	Fome		1
	Hipertermia		1

Outros :
"hipotónico" (5)

Expressão 25	Foco	Comentários	F
"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	Febre		3
	Susceptibilidade à infecção		1
	Perfusão dos tecidos		2
	Asfixia		1
	Hipertermia	"a taquicardia fetal pode ser consequência da hipertermia materna"	2
	Hipertensão		1
	Infecção		4
	Contracção uterina	"hipertonia uterina"	2

Diagnóstico médico: prematuridade fetal
Outros :
"sofrimento fetal"
"bem estar fetal"

Anexo 9 - Níveis de concordância entre focos da prática e expressões usadas pelas enfermeiras obtidos na segunda ronda.

Foco da prática	Unidade de dados em análise	% participantes			Portador
		□5	=4	□3	
Dispneia	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	88,2	0	11,7	Recém-nascido
	"choro débil"	88,2	0	11,7	
	"pouco reactivo a estímulos"	76,4	11,7	11,7	
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	76,4	5,8	17,1	
	"nasceu impregnado de mecónio"	94,1	0	5,8	
	"máscara equimótica"	82,3	0	17,6	
	"pulso taquicárdico"	82,3	11,7	5,8	Mãe
Hipotermia	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	100	0	0	Recém-nascido
	"choro débil"	94,1	5,8	0	
	"recusa alimentar"	82,3	0	17,6	
	"pouco reactivo a estímulos"	94,1	0	5,8	
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	88,2	0	11,7	
Dor cutânea	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	76,4	11,7	11,7	Recém-nascido
Infecção	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	82,3	5,8	11,7	Recém-nascido
	"choro débil"	94,1	5,8	0	
	"nasceu impregnado de mecónio"	82,3	17,6	0	
	"pouco reactivo a estímulos"	100	0	0	
	"gravidez não vigiada"	94,1	0	5,8	Recém-nascido /Mãe
	"perda de liquido amniótico"	88,2	11,7	0	
	"hora de rotura de membranas"	100	0	0	
	"polaquiúria"	100	0	0	Mãe
	"disúria"	100	0	0	
	"ardência urinária"	100	0	0	
Hipóxia	"choro débil"	88,2	5,8	5,8	Recém-nascido
	"nasceu impregnado de mecónio"	94,1	0	5,8	
	"máscara equimótica"	88,2	0	11,7	
	"pouco reactivo a estímulos"	88,2	0	11,7	
Perfusão dos tecidos	"choro débil"	88,2	0	11,7	Recém-nascido
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	88,2	0	11,7	
	"máscara equimótica"	100	0	0	
	"Recém-nascido plectórico"	88,3	5,8	11,7	
	"ruídos cardíacos positivos e normais"	82,3	11,7	5,8	Feto
	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	76,4	23,5	0	
Ingestão nutricional	"choro débil"	76,4	5,8	17,6	Recém-nascido
	"recusa alimentar"	88,2	0	11,7	
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	94,1	0	5,8	
	"Recém-nascido ictérico"	76,4	0	23,5	
	"faz soro no final das mamadas"	94,1	0	5,8	
	"pouco reactivo a estímulos"	100	0	0	
	"não amamenta"	76,4	5,8	17,1	Mãe
	"glicosúria"	82,3	5,8	11,7	
Susceptibilidade à infecção	"recusa alimentar"	82,3	0	17,6	Recém-nascido
	"nasceu impregnado de mecónio"	88,2	11,7	0	
	"ardência urinária"	94,1	0	5,8	Mãe
	"disúria"	94,1	0	5,8	
	"polaquiúria"	94,1	5,8	0	
	"perda de liquido amniótico"	88,2	11,7	0	RN/MÃE
	"gravidez não vigiada"	94,1	0	5,8	
Mamar	"recusa alimentar"	76,4	0	23,5	RN
Sucção	"recusa alimentar"	76,4	0	23,5	RN
Náusea	"recusa alimentar"	100	0	0	RN
	"nasceu impregnado de mecónio"	94,1	0	5,8	
Papel maternal	"recusa alimentar"	82,3	17,6	35,2	Mãe
	"não amamenta"	88,2	0	11,7	
	"parturiente/ puérpera adolescente"	100	0	0	
	"gravidez não vigiada"	88,2	5,8	5,8	
Vómito	"recusa alimentar"	82,3	5,8	11,7	RN
Perda sanguínea	"involução uterina"	100	0	0	Mãe
Hemorragia	"involução uterina"	82,3	0	17,1	Mãe
	"pulso taquicárdico"	82,3	5,8	11,7	

Contracção uterina	"involução uterina"	76,4	0	23,5	Mãe
	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	82,3	11,7	5,8	
Dor de trabalho de parto	"pulso taquicárdico"	82,3	11,7	5,8	Mãe
Febre	"pulso taquicárdico"	82,3	11,7	5,8	Mãe
	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	76,4	17,6	5,8	
Ansiedade	"pulso taquicárdico"	88,2	5,8	5,8	Mãe
	"parturiente/puérpera adolescente"	100	0	0	
Débito cardíaco	"pulso taquicárdico"	76,4	11,7	11,7	Mãe
Hipertermia	"pulso taquicárdico"	76,4	11,7	11,7	Mãe
	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	76,4	17,6	5,8	
Dor	"ardência urinária"	76,4	5,8	17,6	Mãe
	"disúria"	82,3	5,8	11,7	
Nutrição	"glicosúria"	82,3	17,6	0	Mãe
Metabolismo	"glicosúria"	82,3	11,7	5,8	Mãe
	"proteinúria"	82,3	11,7	5,8	
	"Recém-nascido plectórico"	82,3	5,8	11,7	RN
	"Recém-nascido ictérico"	88,2	5,8	5,8	
Edema	"proteinúria"	94,1	5,8	0	Mãe
Hipertensão	"proteinúria"	88,2	11,7	0	Mãe
Prestar cuidados	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	100	0	0	Mãe
Limpeza das vias aéreas	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	100	0	0	RN
	"nasceu impregnado de mecónio"	94,1	0	5,8	
Aspiração	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	88,2	0	11,7	RN
	"nasceu impregnado de mecónio"	94,1	5,8	0	
Vinculação	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	76,4	0	23,5	Mãe
	"não amamenta"	76,4	0	23,5	
	"gravidez não vigiada"	76,4	11,7	11,7	
Conforto	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	94,1	5,8	0	RN
Uso de drogas	"não amamenta"	82,3	0	17,1	Mãe
Conhecimento	"não amamenta"	94,1	0	5,8	Mãe
	"parturiente/puérpera adolescente"	100	0	0	
	"gravidez não vigiada"	88,2	0	11,7	
Lactação	"não amamenta"	88,2	0	11,7	Mãe
Mastite da lactação	"não amamenta"	82,3	0	17,6	Mãe
Ingurgitamento mamário	"não amamenta"	94,1	0	5,8	Mãe
Ligação mãe-filho	"não amamenta"	76,4	0	23,5	Mãe
	"gravidez não vigiada"	88,2	5,8	5,8	
Amamentar	"não amamenta"	88,2	0	11,7	Mãe
	"parturiente/puérpera adolescente"	94,1	0	5,8	
Imagem corporal	"não amamenta"	76,4	5,8	17,1	Mãe
Hidratação	"Recém-nascido ictérico"	76,4	11,7	11,7	RN
Asfixia	"nasceu impregnado de mecónio"	88,2	5,8	5,8	RN
Trabalho de parto	"perda de liquido amniótico"	82,3	17,6	0	Mãe
	"parturiente/puérpera adolescente"	94,1	0	5,8	
	"hora de nascimento"	76,4	0	23,5	
	"hora de rotura de membranas"	88,2	5,8	5,8	
Promoção da gravidez - risco de aborto	"perda de liquido amniótico"	76,4	11,7	0	Mãe
Eliminação vesical	"polaquiúria"	94,1	0	5,8	Mãe
Gravidez não planeada	"parturiente/puérpera adolescente"	100	0	0	Mãe
Crise	"parturiente/puérpera adolescente"	82,3	0	17,1	Mãe
Adaptação	"parturiente/puérpera adolescente"	94,1	5,8	0	Mãe
Papel de prestador de cuidados	"parturiente/puérpera adolescente"	94,1	5,8	0	Mãe
Actividade estilo de vida	"gravidez não vigiada"	88,2	0	11,7	Mãe
Promiscuidade	"gravidez não vigiada"	76,4	0	23,5	Mãe
Desenvolvimento fetal	"gravidez não vigiada"	88,2	0	11,7	Mãe
Precaução de segurança	"gravidez não vigiada"	82,3	11,7	5,8	Mãe
Nascimento	"hora do nascimento"	82,3	0	17,1	Mãe
Função cardíaca	"ruídos cardíacos positivos e normais"	82,3	11,7	5,8	Feto
Expulsão uterina	"máscara equimótica"	76,4	0	23,5	Mãe
Fome	"pouco reactivo a estímulos"	82,3	0	17,6	RN
Sonolência	"pouco reactivo a estímulos"	94,1	5,8	0	RN

Anexo 10 - Focos da prática no âmbito de enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

SER HUMANO
- INDIVIDUO
  - FUNÇÃO
  - RESPIRAÇÃO
    - Dispneia (recém-nascido)
    - Hipóxia (recém-nascido)
    - Limpeza das vias aéreas (recém-nascido)
    - Asfixia (recém-nascido)
    - Aspiração (recém-nascido)
  - CIRCULAÇÃO
    - Débito cardíaco (mãe)
    - Hipertensão (mãe)
    - Perda sanguínea (mãe)
    - Hemorragia (mãe)
    - Perfusão dos tecidos (recém-nascido, feto, mãe)
    - Hematoma (recém-nascido, mãe)
  - TEMPERATURA CORPORAL
    - Hipertermia (mãe)
    - Hipotermia (recém-nascido)
    - Febre (mãe)
  - NUTRIÇÃO
    - Ingestão nutricional (recém-nascido, mãe)
    - DIGESTÃO
    - Sucção (recém-nascido)
    - Deglutição (recém-nascido)
    - Eructação (recém-nascido)
    - Vómito (recém-nascido)
    - Regurgitação (recém-nascido)
  - METABOLISMO (recém-nascido, mãe)
    - VOLUME DE LÍQUIDOS
    - Hidratação (recém-nascido)
    - Desidratação (recém-nascido, mãe)
    - Edema (recém-nascido, mãe)
  - SECREÇÃO
    - Lactação (mãe)
  - ELIMINAÇÃO
    - Eliminação intestinal (recém-nascido, mãe)
    - Obstipação (mãe)
    - Flatulência (recém-nascido, mãe)
    - Eliminação vesical (recém-nascido, mãe)
    - Retenção urinária (mãe)
  - TEGUMENTOS (mãe)
    - Pele seca (recém-nascido)
    - Eritema de fraldas (recém-nascido)
    - Mucosa seca (recém-nascido)
    - Fissura (mãe)
    - Maceração (mãe)
    - Ferida cirúrgica (mãe)
    - Escoriação (recém-nascido)
    - Laceração (mãe)
    - Ingurgitamento mamário (mãe)
    - Mastite da lactação (mãe)
  - REPARAÇÃO
    - Sono (mãe)
    - Fadiga (Cansaço) (mãe)
    - Exaustão (mãe)
  - ACTIVIDADE MOTORA
    - Convulsão (mãe)
    - Contracção uterina (mãe)
    - Expulsão uterina (mãe)
    - Fractura (recém-nascido)

  - SENSAÇÕES
    - Dor (mãe)
    - Dor cutânea (recém-nascido)
    - Dor por ferida (mãe)

Dor musculoesqulética (mãe)
Dor vascular (mãe)
Dor de trabalho de parto (mãe)
Dor de falso trabalho de parto (mãe)
Fome (recém-nascido)
Náusea (recém-nascido)
Dispepsia (mãe)
Vertigem (mãe)
Prurido (mãe)
Conforto (recém-nascido)
Sonolência (recém-nascido)
Lipotímia (mãe)
RESPOSTA IMUNITÁRIA
Infecção (recém-nascido, mãe)
Susceptibilidade à infecção (recém-nascido, mãe)
REPRODUÇÃO
Aborto (mãe)
Trabalho de parto (mãe)
Nascimento (mãe)
DESENVOLVIMENTO FÍSICO
Desenvolvimento fetal (feto)
Desenvolvimento infantil (recém-nascido)
PESSOA
RAZÃO PARA ACÇÃO
AUTOCONHECIMENTO
COGNIÇÃO
Conhecimento (mãe)
EMOÇÕES
Ansiedade (mãe)
Medo (mãe)
Tristeza (mãe)
Desolação (mãe)
Trabalho de culpa (mãe)
Sentimentos de impotência (mãe)
ADAPTAÇÃO (mãe)
Crise (mãe)
CRENÇA
Crença na realidade
AUTOCONCEITO
IMAGEM CORPORAL (mãe)
ACÇÃO
ACÇÃO REALIZADA PELO PRÓPRIO
AUTOCUIDADO
Autocuidado: higiene (mãe)
Levante (mãe)
Comportamento de adesão (mãe)
Precaução de segurança (mãe)
ACTIVIDADE DE ESTILOS DE VIDA
Uso de drogas (mãe)
ACÇÃO INTERDEPENDENTE
INTERACÇÃO SOCIAL (mãe)
INTERACÇÃO DE PAPEIS
Papel de prestador de cuidados (mãe)
Papel maternal (mãe)
Papel paternal (pai)
Prestar cuidados (mãe)
INTERACÇÃO SEXUAL
Promiscuidade (mãe)
GRUPO
FAMÍLIA
PROCESSO FAMILIAR
Promoção da gravidez: risco de aborto (família)
Gravidez não planeada (família)
Vinculação (família)
Ligação mãe-filho (família)
Amamentar (família)
Mamar (família)

Anexo 11 - Níveis de discordância entre focos da prática e expressões usadas pelas enfermeiras obtidos na segunda ronda

Foco da prática	Expressão usada pelas enfermeiras	% concordância		
		>=5	=4	<=3
Susceptibilidade à infecção	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	58.8	11,7	29.4
	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	70.5	11.7	17.6
Perfusão dos tecidos	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	11.7	0	88.2
	"recusa alimentar"	58.8	5.8	35.2
	"recém-nascido ictérico"	64.7	0	35.2
	"faz soro no final das mamadas"	41.1	11.7	29.4
	"pouco reactivo a estímulos"	70.5	5.8	23.5
	"pulso taquicárdico"	47.0	35.2	17.6
Trabalho de parto	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	47.0	11.7	41.1
	"choro débil"	52.9	0	47.1
	"disúria"	47.0	11.7	47.0
	"máscara equimótica"	64.7	5.8	29.4
Hipertermia	"gemido (discreto, intermitente, persistente)"	47.0	11.8	41.2
	"disúria"	47.0	11.7	47.0
	"pouco reactivo a estímulos"	64.7	0	35.2
Desenvolvimento infantil	"choro débil"	41.1	17.6	41.1
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	64.7	5.8	23.5
	"recém-nascido ictérico"	58.8	5.8	35.2
	"gravidez não vigiada"	58.8	11.7	29.4
	"hora do nascimento"	58.8	0	41.2
	"recém-nascido plectórico"	47.0	17.6	35.2
	"pouco reactivo a estímulos"	64.7	5.8	29.4
Aspiração	"choro débil"	58.8	11.7	29.4
Dor	"choro débil"	64.7	5.8	29.4
Fome	"choro débil"	64.7	0	35.2
	"recusa alimentar"	52.9	17.6	29.4
Conforto	"choro débil"	52.9	0	47.1
Vinculação	"recusa alimentar"	52.9	11.7	35.4
	"hora do nascimento"	58.8	0	41.1
Hipertensão	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	52.9	29.4	17.6
Infecção	"involução uterina"	70.5	0	29.4
	"proteinúria"	47.0	11.7	35.2
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	70.5	5.8	23.5
	"recém-nascido plectórico"	29.4	29.4	41.1
	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	70.5	23.5	5.8
	"pulso taquicárdico"	70.5	11.7	17.6
Choque anafilático	"pulso taquicárdico"	58.8	17.6	23.5
Morte	"pulso taquicárdico"	17.6	17.6	64.7
	"recém-nascido ictérico"	29.4	29.4	41.1
	"perda de liquido amniótico"	52.9	11.7	35.2

	"ruídos cardíacos positivos e normais"	70.5	17.6	11.7
Choque cardiogénico	"pulso taquicárdico"	52.9	11.7	35.2
Lactação	"pulso taquicárdico"	23.5	17.6	58.8
	"faz soro no final das mamadas"	35.2	17.6	35.2
Dor cutânea	"ardência urinária"	41.1	5.8	52.9
Gravidez	"proteinúria"	70.5	11.7	17.1
	"glicosúria"	58.8	17.6	23.5
Conhecimentos (nutrição)	"proteinúria"	47.0	11.7	41.1
	"glicosúria"	64.7	17.6	17.6
Conhecimento	"polaquiúria"	47.0	23.5	29.4
Precaução de segurança	"glicosúria"	58.8	17.6	23.5
Expulsão uterina	"glicosúria"	5.8	29.4	64.7
	"hora do nascimento"	70.5	0	29.4
	"recém-nascido plectórico"	47.0	5.8	47.0
Nutrição	"proteinúria"	35.2	17.1	47.0
	"recém-nascido ictérico"	52.9	17.1	29.4
Hemorragia	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	58.8	11.7	29.4
Interacção social	"não amamenta"	64.7	5.8	29.4
Desolação	"não amamenta"	41.1	5.8	35.2
Crença na realidade	"não amamenta"	52.9	5.8	41.1
Sentimentos de impotência	"não amamenta"	70.5	5.8	23.5
Eliminação intestinal	"recém-nascido ictérico"	70.5	11.7	17.1
Convulsão	"recém-nascido ictérico"	47.0	17.1	35.2
Tegumentos	"recém-nascido ictérico"	52.9	17.1	29.4
Amamentar	"nasceu impregnado de mecónio"	64.7	5.8	29.4
Aborto	"perda de liquido amniótico"	70.5	11.7	17.1
	"hora de rotura de membranas"	64.7	5.8	29.4
Desenvolvimento fetal	"perda de liquido amniótico"	70.5	11.7	17.1
Hidratação	"faz soro no final das mamadas"	70.5	11.7	17.1
Desidratação	"faz soro no final das mamadas"	58.8	11.7	29.4
	"polaquiúria"	47.0	11.7	41.1
Ansiedade	"faz soro no final das mamadas"	23.5	23.5	52.9
	"máscara equimótica"	35.2	11.7	52.9
Personalidade lábil	"parturiente/puerpera adolescente"	70.5	5.8	23.5
Hipóxia	"ruídos cardíacos positivos e normais"	64.7	17.6	17.6
	"recém-nascido plectórico"	35.2	5.8	58.8
	"cuidados imediatos ao recém-nascido"	70.5	0	29.4
Hipotermia	"máscara equimótica"	58.8	5.8	29.4
	"recém-nascido plectórico"	29.4	17.6	52.9
Asfixia	"apresentava batimentos fetais de 170/180, está muito acelerado"	64.7	17.6	17.6

Anexo 12 - Níveis de concordância e comentários dos peritos relativos às definições dos focos da prática.

Hipóxia

Partes do conceito que não se aplica ao portador (características definidoras não observáveis)	Sugestões de características definidoras	Nível de concordância
"acompanhados de tonturas e confusão mental." "confusão mental."	"sintomas associados a hipóxia: hipotonia, vitalidade diminuída (hipo-actividade)" "hipotonia" "hipotonico" "extremidades frias" "gemido"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 70.5% = 7 - 29.4%

Asfixia

Sugestões de características definidoras	Comentários	Nível de concordância
"associado a cianose da pele"	"no recém-nascido com asfixia, normalmente situação a que esteve sujeito (sofrimento fetal) "que origina" lesões cerebrais transitórias ou permanentes"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 94.1% = 7 - 47.0%

Perfusão dos tecidos

	Partes do conceito que não se aplica ao portador (características definidoras não observáveis)	Sugestões de características definidoras	Nível de concordância
Feto	"à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos " "associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos "	"oxigenação está alterada pode ser sinal de sofrimento fetal - desacelerações, bradicardias ou taquicardias. Por compromisso na circulação útero placentar a perfusão dos tecidos pode estar alterada" "desacelerações, bradicardia, taquicardia (interpretação do traçado cardiotocográfica)"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 29.4%
Recém-nascido			≥ 5 - 100% ≥ 6 - 88.2% = 7 - 41.1%
Mãe			≥ 5 - 100% ≥ 6 - 88.2% = 7 - 47.0%

Hipotermia

Partes do conceito que não se aplica ao portador (características definidoras não observáveis)	Sugestões de características definidoras	Nível de concordância
"introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas por razões terapêuticas."	"hipotonia" "gemido"	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 52.9%

Regurgitação

Propostas de alterações à definição	Nível de concordância
"acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas." ("Regurgitação equivale a alimento pela boca, na inalação de conteúdo gástrico penso que será aspiração de vómito") ("Não tem que haver inalação do conteúdo gástrico" ("Quando o recém-nascido regurgita nem sempre inala o conteúdo gástrico para as vias aéreas") ("quando há regurgitação não há inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas, há risco de")	≥ 5 - 82.2% ≥ 6 - 64.7% = 7 - 41.1%

Laceração

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"chega a ameaçar a vida" "associada a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque." "lesão intensa" ("Nem sempre uma laceração é uma lesão intensa pode ser uma pequena laceração (1º grau)" ("a laceração pode ser só superficial, ser de mais difícil correcção, mas não por em causa a vida") ("a laceração não implica uma lesão intensa dos tecidos. Em obstetrícia ela é classificada em 3 graus: 1º - só implica rasgadura da pele; 2º . Pele e musculatura, 3º grau - pele, musculatura e esfíncter anal")	≥ 5 - 88.2% ≥ 6 - 58.8% = 7 - 29.4%

Ingurgitamento mamário

Sugestões de características definidoras	Nível de concordância
"dor" "subida da temperatura" "sensibilidade nas mamas" "endurecimento" "calor nas mamas"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 64.7%

Falso trabalho de parto

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"intermitente" (penso que o termo irregular define melhor a dor de falso trabalho de parto.) "apagamento" - extinção	≥ 5 - 76.4% ≥ 6 - 70.5% = 7 - 64.7%

Susceptibilidade à infecção

	Sugestões de características definidoras	Propostas de alterações à definição	Nível de concordância
Recém-nascido	"perda de peso" "prematuridade" "baixo peso" "riscos maternos"	"perda" ("no caso de um prematuro não há propriamente uma perda dos factores de resistência, devido ao seu desenvolvimento ele ainda não os adquirir (pela imaturidade) e por isso é susceptível à infecção")	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 70.5% = 7 - 41.1%
Mãe			≥5 - 100% ≥6 - 88.2% = 7 - 47.0%

Aborto

Propostas de alterações à definição	Sugestões para alteração do termo	Nível de concordância
"aborto tem haver com uma gravidez mal sucedida mas antes das 22 semanas de idade gestacional (o tempo é determinante para distinguir entre um trabalho de abortamento e um trabalho de parto)." "feto não viável " ("Feto/embrião (feto a partir das 12 semanas; embrião até às 12 semanas)") "com menos de 22 semanas; com 23 ou < 24 semanas a viabilidade é quase nula" "feto não viável" Esta definição pode confundir-se com a definição de nado morto. Um embrião/feto que foi removido ou expulso do útero até às 20 semanas de gestação, ou pesando 500 gr ou medindo até 25 cm." "aborto não é somente expulsão/remoção de um feto não viável ou gravidez mal sucedida é também expulsão de um "ovo branco", de um embrião (o mais comum) e de um embrião/ feto viável mas que a mãe não quis (interrupção voluntária da gravidez)."	Enquanto processo de expulsão, com contracções uterinas, é habitualmente referido como trabalho de abortamento." "aborto - produto da concepção. Expulsão/remoção - abortamento, processo"	≥ 5 - 88.2% ≥ 6 - 70.5% = 7 - 29.4%

Trabalho de parto

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"princípio da dilatação" ("existem grávidas com dilatação que estão em casa e não estão em trabalho de parto") "trabalho de parto é composta por quatro fases: dilatação, expulsão, dequitadura e hemostase. Nesta definição não está contemplada a fase da hemostase" "dilatação", "expulsão" ("O trabalho de parto é caracterizado como tendo 4 períodos: dilatação, expulsivo, dequitadura (expulsão da placenta e membranas) e período de hemostase (até duas horas após a dequitadura) logo a sua definição tem que incluir este período" ("o trabalho de parto inclui também o puerpério imediato (2 horas após a expulsão), assim esse aspecto deveria ser referenciado" "e do puerpério imediato (2horas após o parto)"	≥ 5 - 88.2% ≥ 6 - 70.5% = 7 - 41.1%

Ingestão nutricional

Observações	Nível de concordância
"processo de amamentação (leite) já que é o principal nutriente do RN"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 88.2% = 7 - 52.9%

Sucção

Propostas de alterações à definição	Nível de concordância
"ingestão de líquidos " (O mamar na chupeta é uma forma de sucção que não envolve ingestão de líquidos)	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 94.1% = 7 - 70.5%

Eructação

trazer de volta à boca pequenas porções de alimentos processados, líquidos ou ar.

Propostas de alterações à definição	Nível de concordância
"alimentos processados" ("eructação envolve só ar, quando são alimentos e líquidos têm mais de vómito")	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 94.1% = 7 - 58.8%

Maceração

Propostas de alteração à definição	Observações	Nível de concordância
"a maceração pode surgir em tecidos mais profundos e não apenas na superfície corporal"	"abrasão"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 82.3% = 7 - 52.9%

Fadiga

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"na definição de fadiga, mencionar novamente "de fadiga", não diz nada, penso não ser lógica a inclusão deste termo na definição"	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 88.2% = 7 - 47.0%

Contracção uterina

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"dilatar e extinguir o colo uterino" "responsável pela hemostase" "as contracções uterinas também são responsáveis pelo retorno do útero ao tamanho anterior à gravidez" " quando o trabalho de parto está adiantado " "dilatar o canal de parto" (a seguir a) "pelo canal de parto" a placenta. ("Não entendo o que querem dizer por "dilatar o canal de parto", já que as contracções uterinas têm como função extinguir e dilatar o colo do útero, expulsar o feto e a placenta, após o nascimento, a contracção uterina têm como função formar o Globo de Segurança de Pinard e posteriormente de auxiliarem o útero a diminuir de tamanho. Fora deste período, a contracção uterina expulsa os coágulos e os lóquios.") "durante o trabalho de parto" ("A contracção uterina pode surgir mesmo fora do trabalho de parto, durante o puerpério precoce e tardio esta também está presente, devido à libertação de ocitocina.")	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 82.3% = 7 - 52.9%

Expulsão uterina

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"contracções musculares uterinas e abdominais para expulsão da criança". ("expulsão do feto, placenta e membranas através do canal de parto com a ajuda de contracções uterinas")	≥ 5 - 82.2% ≥ 6 - 82.2% = 7 - 70.5%

Cólica

Partes do conceito que não se aplica ao portador (características definidoras não observáveis)	Sugestões de características definidoras	Nível de concordância
"esta sensação é habitualmente referida como contracções recorrentes tipo cãibra, como uma sensação de compressão, dilaceração ou tormento" "esta sensação..."	"choro intenso" "acompanhado de contracções abdominais (espasmos)" "chora, contrai a zona abdominal e esta apresenta-se, tensa e distendida" "Chora intensamente, fica ruborizado com choro intenso, contrai-se todo, flecte as pernas, associado muitas vezes a abdómen distendido e não depressível."	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 88.2% = 7 - 58.8%

Dor de trabalho de parto

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"dilatação cervical " ("A dor que envolve dilatação e extinção cervical")	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 94.1% = 7 - 41.1%

Fome

Partes do conceito que não se aplica ao portador (características definidoras não observáveis)	Sugestões de características definidoras	Nível de concordância
"sensação de forte desejo de comida, dor ou desconforto" "exaustão"	"manifestação de desconforto e choro" "choro, agitação, procura do mamilo lateralizando a cabeça quando encostado à pessoa" "Chora ou está hipotónico" "tipo de choro característico no recém-nascido quando tem fome"	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 82.3% = 7 - 47.0%

Nascimento

Observações	Nível de concordância
"parir" Parir tem a ver com parto via vaginal. trazer um novo ser humano pode ser via abdominal ou vaginal. Parir pressupõe o nascimento por parto vaginal. No entanto, o nascimento pode ser por via vaginal ou cirúrgica. Nascimento - sujeito da acção é o feto. Parir - parto, sujeito acção mulher	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 94.1% = 7 - 67.7%

Desenvolvimento fetal

Observações	Nível de concordância
"desenvolvimento embrionário" (sem virgula) e o " período fetal "(sem virgula) até ao nascimento	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 94.1% = 7 - 64.7%

Desenvolvimento infantil

Observações	Nível de concordância
"este desenvolvimento físico refere-se só ao estato-ponderal? E o psico-motor? Penso que deveria estar mais especificado"	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 88.2% = 7 - 58.8%

Promoção da gravidez: risco de aborto

	Nível de concordância
	≥ 5 - 82.3% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 58.8%

Papel maternal

	Nível de concordância
	≥ 5 - 100% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 58.8%

Vinculação

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"afrouxando" "formação de laços afectivos que vão afrouxando gradualmente desde" ("formação de laços afectivos que vão aumentando gradualmente") ("A ligação entre a criança e os pais não afrouxa desde o parto e durante a infância, é nestes períodos que ela é mais intensa, há um ligeiro afrouxamento na adolescência e idade adulta")	≥ 5 - 82.3% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 47.0%

Ligação mãe-filho

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"iniciando o toque nos dedos do bebé, chamando-o pelo nome" ("Não é obrigatório que se processe ou manifeste desta forma") "no momento do parto" ("A partir do momento do parto ou até da concepção") ("a ligação mãe-filho não pode ser apenas no momento do parto, mas em todo o processo de desenvolvimento")	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 76.4% = 7 - 59.9%

Mamar

Propostas de alteração à definição	Nível de concordância
"pode mamar no biberão. Não é obrigatório ser na mama da mãe" "o recém-nascido pode estabelecer laços com a mãe mesmo que mame no biberão. Aconselha-se a mamar durante o tempo que o recém-nascido quiser, numa mama em cada mamada" "o recém-nascido deve mamar o tempo que quiser em cada mama; aliás actualmente aconselham-se as mães a dar de uma mama numa mamada para a esvaziar completamente e na próxima na outra" "segundo as novas indicações da UNICEF e OMS, o bebé não deve mamar 5-10 minutos em cada seio, deve mamar numa mama até ela se esvaziar (pode ser 1,2 até 10, 20, 30 minutos) e só depois se não estiver satisfeito é que mama na 2ª mama. Isto porque está provado que o leite do início da mamada tem uma composição diferente no início e no fim da mamada (da mesma mama é claro)."	≥ 5 - 94.1% ≥ 6 - 70.5% = 7 - 52.9%