

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

***“As lágrimas por um filho que nunca se
conheceu”***

Cuidar a mulher em situação de aborto
espontâneo

Maria Isabel Ventura Araújo Moreira

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2008

Universidade do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

***“As lágrimas por um filho que nunca se
conheceu”***

Cuidar a mulher em situação de aborto
espontâneo

Maria Isabel Ventura Araújo Moreira

Dissertação de candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem
submetido ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar sob a orientação
da Prof^a Doutora Marinha Carneiro.

2008

Ao David...

A minha razão de viver.

Ao Ângelo...

Meu companheiro na vida.

As lágrimas por um filho que nunca se conheceu

AGRADECIMENTOS

Ao Ângelo e ao David pelo tempo que não pude estar convosco.

Ao Ângelo pela paciência aquando das minhas angústias.

A toda a minha querida família pelo apoio. Sem vocês seria muito mais difícil...

A Deus por me iluminar, estando sempre presente na minha vida.

À Patrícia, querida amiga, por me dar apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos pelo apoio, força e partilha de sentimentos...muito obrigada!

À Professora Doutora Marinha Carneiro pela preciosa ajuda, força, compreensão e por partilhar o seu saber comigo. Ficará no meu coração.

À Escola Superior de Enfermagem e Hospital Divino Espírito Santo-EPE, pela disponibilidade.

Aos meus professores por compreenderem a situação difícil que vivi...e me darem todo o apoio.

Às participantes do estudo pela disponibilidade e colaboração demonstradas.

A todos os que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a elaboração deste trabalho...

O meu muito obrigada!

As Lágrimas por um filho que nunca se conheceu

As lágrimas por um filho que nunca se conheceu

"Se não puder se destacar pelo talento, vença pelo esforço."

(Dave Weinbaum)

As lágrimas por um filho que nunca se conheceu

Com este estudo pretendemos compreender que representações tem os enfermeiros face à prática do cuidar a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento, tentando contribuir para a sua clarificação e, conseqüentemente, para a melhoria da prática de cuidados. Neste sentido, realizámos um estudo qualitativo exploratório uma vez que a realidade da enfermagem tem a ver com questões humanas. Então, seria importante que a investigação enveredasse pelo caminho que fornecesse os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.

Este estudo surgiu de experiências pessoais, através das quais passamos por alguns episódios que nos levaram a ter um espírito mais crítico face à prestação de cuidados às mulheres que vivem situações de abortamentos espontâneos. Procurámos a indicação de conceitos centrais que guiaram o estudo: gravidez; ligação afectiva; abortamento espontâneo; perda e luto; teorias cuidativas - intervenção da enfermagem - e as representações sociais. A recolha de dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas efectuadas a oito enfermeiros, dos quais seis tinham menos de nove anos de serviço e menos de trinta e quatro anos de idade e dois tinham mais de nove anos de serviço e mais de trinta e quatro anos de idade.

Dos dados recolhidos, analisados e caracterizados emergiram cinco categorias que nos permitiram compreender de forma global o modo como os enfermeiros representam o cuidar a mulheres que sofreram abortamento(s) espontâneo(s), num serviço de internamento, através de uma ideia central: «o “ser” enfermeiro, na intenção de cuidar», evidenciando que na prática destes enfermeiros está subjacente a presença/intenção de cuidar, embora não especificada objectivamente.

With this study we intend to understand which representations nurses have as far as taking care of the hospitalized woman who is in a situation of miscarriage is concerned, trying to contribute to its clarification and, as a consequence, to the improvement of the practice of care.

Therefore, we have done an exploring qualitative study once that the nurse reality has to do with human questions. So, it would be important that investigation would follow a path in order to supply the most significant ways of describing and understanding human experiences.

This study emerged from personal experiences in which we went through some episodes that have taken us to be more critics regarding the service rendered to those women who face miscarriage situations. We looked for the indication of central concepts that have led the study: pregnancy; affective connection; miscarriage; loss and grief; care theories – nurse intervention – and social representations. The data were obtained through semi-structured interviews to eight nurses (six had less than nine years of practice and were less than thirty four years old and two had more nine years of practice and were older than thirty four years old.).

From this obtained, analysed and characterized data five categories have emerged which allow us to understand in a global way how nurses represent the caring of women who have suffered from miscarriage, in a hospital, through a main idea: “being a nurse, in the intention of taking care”, evidencing that in their practice the presence/intention of taking care is underlying, though not objectively specified.

INTRODUÇÃO	19
<u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	25
1- GRAVIDEZ: ADAPTAÇÕES DA MULHER	26
1.1 - Ligações afectivas	29
2 - ABORTAMENTO ESPONTÂNEO	34
2.1 - Perda e luto	36
3 - TEORIAS CUIDATIVAS E O SEU CONTRIBUTO PARA CUIDAR A MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTO ESPONTÂNEO	43
3.1. A intervenção de enfermagem na situação de aborto espontâneo	56
4 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	68
<u>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u>	80
1 - TIPO DE ESTUDO	81
2 - PARTICIPANTES E CONTEXTO	83
3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	86
4 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	88
5 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	90
<u>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</u>	97
1 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	100
2 - O ENFERMEIRO E A APRENDIZAGEM/MANUTENÇÃO DAS SUAS COMPETÊNCIAS	128

3 - O “SER” ENFERMEIRO NAS INTERVENÇÕES	135
4 - O ENFERMEIRO NAS SUAS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS	140
5 - FACTORES CONDICIONANTES NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	147
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	163
<u>ANEXOS</u>	174
ANEXO I	175
Pedido de autorização ao Hospital do Divino Espírito Santo	
ANEXO II	178
Autorização concedida pelo Hospital do Divino Espírito Santo	
ANEXO III	180
Guião da entrevista semi-estruturada	
ANEXO IV	185
Consentimento Informado	
ANEXO V	188
Transcrição da entrevista	
ANEXO VI	200
Categoria: Factores condicionantes nas intervenções de enfermagem	

Figuras

Figura 1 - Factores que influenciam a reacção emocional à perda perinatal---	39
Figura 2 - Adaptação à experiência da perda -----	49
Figura 3 - Os Elementos constituintes e o modo de produção da Representação-----	71
Figura 4 - Os três componentes do modelo interactivo da análise dos dados no tempo-----	92

Quadros

Quadro 1 - Caracterização dos participantes -----	85
Quadro 2 - Síntese das categorias e subcategorias que emergiram da análise -----	99

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de quarenta semanas ou nove meses ou dez meses lunares. Do ponto de vista psicológico, é um processo dinâmico de construção e desenvolvimento. Para que a mulher se adapte à gravidez precisa primeiro de aceitar a ideia e assimilar o seu novo estado. O grau de aceitação reflecte-se na preparação para a mesma e nas suas respostas emocionais.

Tendo em conta que esta situação irá provocar muitas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, a mulher terá que accionar variados mecanismos para que uma adaptação adequada seja desenvolvida. Por vezes, quando este processo de adaptação é interrompido de forma abrupta, podem-se instalar consequências a diferentes níveis.

Viver uma situação de aborto espontâneo, independentemente da causa, provoca sentimentos de perda precoce, repentina e inesperada e vivê-los poderá provocar confusão no mundo interior, uma vez que acaba um sonho de esperanças e expectativas face ao bebé, podendo, deste modo, afectar o presente mas também o futuro.

O enfermeiro, aquando do internamento, deverá cuidar da mulher, atendendo às suas características individuais que a tornam um ser único e singular fazendo, deste modo, com que este tipo de situações seja vivido com o menor sofrimento possível, e também terá que conseguir encarar o problema daquela mulher de modo a que consiga lidar com o sofrimento e angústia que o momento propicia. Para isso, ele terá que mobilizar muitos conhecimentos para o fazer de forma eficaz, necessitando assim de recorrer a diferentes áreas do saber.

O desenvolvimento profissional traduz-se na prática do cuidar, em que o enfermeiro tem necessidade de recorrer a instrumentos e habilidades de géneros diferentes, como os de ordem técnico-científico, de ordem moral (em nome da sociedade), de ordem deontológica (em nome da profissão) e de ordem ética (em nome do ser humano).

Cuidar é uma função primordial inerente à sobrevivência de todo o ser humano, desde os primórdios da sua existência. A prática do cuidar cria-se a partir de uma relação do homem no ambiente onde vive com elementos da natureza, aos quais se ajusta, transformando-os, a fim de servirem à comunidade, assegurando em primeiro lugar a manutenção da vida e depois para melhorar as condições de vida (Collière, 1999).

Assim, compreender que representações têm os enfermeiros face à prática do cuidar a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento foi o que fez emergir este trabalho de investigação.

Nídia Salgueiro (1994) refere que um trabalho de investigação surge a partir de um problema que mereça e possa ser investigado. No mesmo artigo, a autora recorrendo-se de Fortin e Col, afirma que o problema de estudo pode ser qualquer facto que instigou o investigador, isto é, uma preocupação, uma irritação ou um interesse. Igualmente Polit e Hungler (1995) afirmam que o problema de investigação no âmbito da enfermagem tem origem na experiência prática, na literatura ou em teorias.

Optou-se, então, por fazer um trabalho qualitativo uma vez que “A investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e como tal dá sentido à vida humana.” (Denzin & Lincoln citados por Streubert e Carpenter (2002, p. 2). Assim, e segundo os mesmos autores, uma vez que a realidade da enfermagem tem a ver com questões humanas, então seria importante que a investigação enveredasse pelo caminho que fornecesse os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.

Oliveira (2000) acrescenta ainda que “(...) a pesquisa qualitativa tem como objectivo situações complexas ou estritamente particulares.” como também permite “(...) a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.” (p.117). Esse tipo de investigação possibilita reflectir sobre questões que nos inquietam a partir das falas dos sujeitos que, submetemos à análise, a qual trazem significados, auxiliando na compreensão da problemática levantada.

O problema que deu origem a este trabalho surgiu de experiências pessoais que nos levaram a ter um espírito mais crítico face às práticas de cuidados de enfermagem desenvolvidas com as mulheres que vivem situações de abortamentos espontâneos.

Sendo assim, decidimos realizar o trabalho de investigação no âmbito da enfermagem de saúde materna tendo como título “ As lágrimas por um filho que nunca se conheceu: cuidar a mulher em situação de aborto espontâneo”.

Surge, assim, uma problemática que agrega e sintetiza toda uma série de interrogações que nos ajudaram a perceber se o problema a investigar era exequível, tais como: “o problema é real?”; “o problema merece ser investigado?”; “o problema que se investiga é útil para a melhoria dos cuidados?”.

Segundo Diers citado por Sastre e Solís (2000) um problema a investigar é de enfermagem quando os enfermeiros têm acesso e controlo do fenómeno que estudam.

Ora, as práticas dos cuidados de enfermagem são fonte de reflexão dos profissionais, mediante investigação, destinada à compreensão de questões: “o que se faz?”, “como se faz?”, “quem as faz?”, “a quem se faz”, entre outras.

Assim, e depois de colocadas as questões: **como é que os enfermeiros representam as suas intervenções? Que intervenções de enfermagem os enfermeiros referem desenvolver?** propusemo-nos a compreender na prática destes, num serviço de internamento, como são vivenciadas as suas intervenções, e que intervenções é que referem desenvolver.

Então, o objecto de estudo será os enfermeiros dos serviços que recebem mulheres em situação de abortamento espontâneo e delimitou-se a seguinte pergunta de partida: “ Que representações têm os enfermeiros face aos cuidados que prestam à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento?”

Nesta perspectiva, este estudo assenta essencialmente na análise dos discursos de profissionais que contribuíram para compreender as suas

representações face ao cuidar das mulheres em situação de aborto espontâneo.

E, como toda a investigação visa a sua utilização no presente, as respostas a essas questões funcionarão como adjuvantes para o acto de reflectir a prática dos cuidados de enfermagem na área de saúde materna, em especial os(as) enfermeiro(as) que trabalham no internamento em serviços que recebem mulheres que estão vivendo esta experiência.

Na tentativa de apresentar o trabalho de uma forma clara e sistematizada optámos por organizá-lo em quatro capítulos:

- o primeiro capítulo constituído por um enquadramento teórico baseado na pesquisa bibliográfica, visando a construção da problemática, onde são aprofundados os temas: adaptações da mulher à gravidez e ligação afectiva; abortamento espontâneo tendo em conta conceitos de perda e luto. Seguidamente figura o contributo das teorias cuidativas - a intervenção da enfermagem - e, por fim, as representações sociais;
- o segundo capítulo integra a descrição dos procedimentos metodológicos, através da caracterização do estudo e da recolha e procedimentos de análise dos dados;
- o terceiro capítulo integra a categorização efectuada com base nos dados recolhidos de acordo com a técnica de análise de conteúdo utilizada no tratamento dos dados obtidos através das entrevistas, comparando os resultados com a fundamentação teórica e com bibliografia alusiva ao tema;
- o quarto capítulo integra as principais conclusões deste estudo, suas implicações, sendo traçadas algumas sugestões.

Os vectores teóricos atrás referenciados assinalam os principais caminhos de interpretação que seguimos nesta investigação uma vez que será muito importante compreender, antes de mais, os mecanismos de transformação que a mulher sofre com a gravidez, e que ligação teve com aquele embrião/feto, para depois perceber como ela vive a perda. Para isso, também é fundamental entender como se dá o processo de luto. O enfermeiro deverá ter em mente que este tipo de conhecimento é fundamental para ajudar aquela mulher a

fazer uma readaptação à situação, com o menor número de sequelas, mas também não esquecendo as teorias cuidativas, pois são estas que vão nortear as intervenções de enfermagem a implementar. Por fim, e não menos importante, estão as representações sociais, pois são estas que ajudam a perceber como é que o enfermeiro representa o cuidar.

Finalizámos este trabalho, dedicando-o à reflexão da prática, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, bem-estar dos enfermeiros e das clientes.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- GRAVIDEZ: ADAPTAÇÕES DA MULHER

A gravidez tem uma duração média de 280 dias ou 40 semanas contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Caracterizando-se como um período que, fazendo parte do processo normal do desenvolvimento, envolve reestruturações e reajustamentos a várias dimensões, durante o mesmo acontecem inúmeras mudanças físicas acompanhadas das consequentes alterações psicológicas. Gomes Pedro (1985) refere que o estado de gravidez representa um enorme esforço tanto físico como psicológico. O reajustamento dos vários mecanismos responsáveis pela manutenção da homeostase psíquica e biológica da grávida consome a maior parte da energia disponível neste período de vida.

Muitas são as alterações que acontecem no organismo para que este se adapte à gravidez de forma adequada. Estas acontecem para proteger o funcionamento fisiológico normal da mulher, para responder às necessidades metabólicas que a gravidez provoca no corpo da mesma e também para satisfazer as necessidades de crescimento e desenvolvimento do feto. Deste modo, os mecanismos que provocam estas alterações podem ser parcialmente explicadas. Diz-se parcialmente, porque, muitas vezes, a origem destas alterações acredita-se ser desencadeada por hormonas da unidade fetoplacentária e são controladas pelo feto. Muitas destas são importantes para o seu desenvolvimento e também para resguardar o bem-estar materno (Phyllis, 1999).

As alterações resultantes da adaptação à gravidez acontecem em todo o organismo da mulher grávida modificando, assim, os diversos aparelhos e sistemas que compõem o corpo humano.

Como tal, Mendes (2002), na sua obra, refere que no início da gravidez as adaptações que mais se evidenciam ocorrem a nível dos centros talâmicos e medular, do sistema gastro-intestinal, do sistema urinário e das glândulas mamárias. Estas adaptações acontecem devido à acção das hormonas progesterona e estrogénio. Assim, os sinais e sintomas são a fadiga; o cansaço

fácil e a sonolência; eventualmente náuseas e vômitos; polaquiúria; o aumento das secreções vaginais; o aumento de peso e tensão mamária com desconforto.

A mesma também descreve que alguns sintomas evidentes no início vão desaparecendo, dando lugar a outros, tais como: obstipação; fenómenos de hipotensão ortostática; cloasma gravídico; estrias gravídicas (abdómen, mamas e coxas); aumento de secreção sebácea e da sudorese; ocorrência de câibras e lombalgias.

A autora faz ainda referência ao grande volume uterino como sendo o factor que condiciona a maioria dos sinais e sintomas mais para o final da gravidez. Desta forma, a pirose, o enfartamento, a sensação de dificuldade respiratória, o aparecimento e/ou agravamento de varizes, o edema dos membros inferiores e a síndrome de hipotensão supina, ocorrem com frequência. Também a polaquiúria pode aumentar devido à compressão exercida pelo feto e é igualmente frequente fadiga e desconforto físico, bem como insónias e dificuldade em repousar.

No entanto, a grávida terá de desenvolver e integrar várias adaptações psicológicas, ao mesmo tempo que decorrem as normais adaptações fisiológicas que acompanham, numa sequência cronológica, o crescimento e desenvolvimento do feto.

A gravidez é uma fase única que faz parte do desenvolvimento da mulher. É um momento de crescimento e de crise, que pode ser bastante enriquecedor. Para a maioria das mulheres, é uma época de emoções fortes e mutáveis, positivas e negativas. Brazelton, citado por Klaus, Kennell e Klaus (1995), reconhece o processo normal de adequação à gravidez como causa de muita ansiedade, o que faz com que a grávida necessite de uma ajuda adicional para a resolução dos seus sentimentos. De igual modo, Cruz (1990) reforça a ideia quando refere que, para haver uma adaptação à gravidez, a mulher necessita de passar por muitas ansiedades, tem que incorporar o feto como parte do seu esquema corporal e acostumar-se a diferentes ritmos: metabólico, hormonal e fisiológico.

Assim, para aliviar a ansiedade e ajudar a mulher a reconhecer o seu stress, dever-se-á ter em atenção as suas preocupações e os seus pensamentos. Desta

forma, uma escuta activa será o suficiente para reduzir as ansiedades, as quais podem ser reestruturadas como respostas normais ao facto de estar grávida (Klaus et al, 1995).

Já Dias Cordeiro (2002), mencionando Bibring, salienta os aspectos positivos da ansiedade da mulher grávida como um meio que lhe permite libertar energia e aumentar a capacidade de adaptação ao recém-nascido. Assim, o autor, mencionando Brazelton, refere que “A ansiedade pré-natal e as distorções da fantasia correspondem a um mecanismo normal que permite à mulher alterar a sua homeostase adquirida para estar apta ao novo nível de adaptação que lhe é exigido pelo novo papel (...)”. (p. 118).

Então, a grávida terá que accionar variados mecanismos para que uma adaptação adequada seja desenvolvida e, para isso, precisa primeiro de aceitar a ideia e assimilar o seu novo estado. O seu grau de aceitação reflecte-se na preparação feita previamente e nas suas respostas emocionais. Também, a forma como vai vivenciar a gravidez vai depender de vários factores, tais como, a sua história pessoal; o contexto existencial, as características de evolução e o contexto socio-económico da gravidez e o contexto assistencial (Maldonado, 1997).

Por si só, o processo de gravidez acarreta uma mudança na vida da mulher o que vai ocasionar stress, uma vez que as mudanças implicam perdas e ganhos, exigindo, deste modo, respostas do foro cognitivo, emocional e comportamental.

Independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, quando a mulher tem a confirmação que está grávida, surgem nela sentimentos de ambivalência como se por um lado ela deseja a gravidez, por outro, tem receio da mesma. Estes sentimentos são predominantes no primeiro trimestre da gravidez e esta ambivalência acontece em relação à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade, tal como refere Brazelton & Cramer, Burroughs, Colman & Colman, Lederman, Mercer e Rubin citados por Canavarro (2006). *

Também Maldonado (1997) reforça esta ideia quando refere que se instala na mulher uma *ambivalência afectiva*, isto é, há sempre uma oscilação entre o desejar e o não desejar aquele filho e que este fenómeno é completamente

natural e caracteriza todos os relacionamentos interpessoais significativos, pois uma pessoa nunca ama ou odeia inteiramente a outra, a complexidade de um relacionamento humano é bastante grande para possibilitar a coexistência dos mais diferentes sentimentos. Deste modo, a autora menciona que, pelo facto de a gravidez envolver grandes mudanças quer interpessoais, quer intra psíquicas, o que implica perdas e ganhos, justifica, em parte, a existência de sentimentos contraditórios.

Ainda Maldonado, Dickstein e Nahoum (1996) acrescentam que a intensidade dessa mistura de sentimentos em relação à situação de ter um filho varia não só de pessoa para pessoa, mas também da época ou do momento de vida que atravessa.

Klaus et al. (1995) corroboram da ideia que a gravidez traz mudanças para a mulher. Se por um lado se dão as mudanças físicas e emocionais, por outro, há também o crescimento do feto no seu útero. Winnicott, citado pelos mesmos autores, retrata bem esta ideia quando refere que “Irá sempre dizer que seu interesse gradualmente diminui. Talvez seja melhor dizer que a direcção de seu interesse passou de fora para dentro. Ela lentamente, mas com certeza, passa a acreditar que o centro do mundo está em seu próprio corpo.” (p.31).

Uma vez que já existe um feto a desenvolver-se no útero e também todas as modificações quer físicas, quer emocionais já estão presentes, assim, será muito importante em todo o processo psicológico da mulher, iniciar-se a diferenciação mãe-feto, em que o feto é aceite como sendo uma entidade separada, isto é, como um indivíduo distinto de si própria.

1.1- Ligações afectivas

Montagner, citado por Mendes (2002), define vinculação como sendo “o conjunto de laços que desde cedo se estabelecem ou se constroem, entre a criança e qualquer outra pessoa.” (p. 46). Também A. Guedeney (2004) atribui à vinculação uma definição como sendo uma teoria de comportamento social humano e da sua evolução desde o nascimento até à morte.

Bowlby (1979) refere que, até meados dos anos 50, acreditava-se que os vínculos entre indivíduos desenvolviam-se porque a pessoa descobria que, para satisfazer certos impulsos, tais como alimentação na infância e de sexo no adulto, era necessário haver outro ser humano. No entanto, este modelo tradicional foi questionado pelo autor quando este analisou alguns resultados de estudos elaborados aquando da privação de cuidados maternos no desenvolvimento da personalidade. Também faz menção a estudos desenvolvidos por Lorenz, o qual utilizou algumas espécies de aves, em que estas desenvolveram fortes laços afectivos com uma figura materna, sem qualquer referência à alimentação e simplesmente através da exposição do filhote à figura em questão, com a qual se familiarizou. Deste modo, Bowlby, baseando-se neste e noutros estudos semelhantes, delineou uma teoria da ligação.

A teoria de ligação, elaborada pelo autor, foi sendo aprofundada ao longo dos tempos e tem como principal objectivo compreender o fenómeno pelo qual o recém-nascido e a mãe estabelecem entre si laços selectivos e privilegiados. Assim, a ligação para Bowlby é um sistema primário específico, ou seja, está presente a partir do nascimento (Mendes, 2002). Então, a teoria de ligação «é um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afectivos com alguns outros, (...). Como um corpo de teoria, lida com os mesmos fenómenos que antes eram tratados em termos de “necessidade de dependência”, ou de “relações com o objecto”, ou de “simbiose e individuação”» (Bowlby, 1979, p.120). O autor, na sua obra, refere que o comportamento de ligação é concebido como qualquer forma de comportamento que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha a proximidade com outra pessoa diferenciada e preferida, a qual é considerada mais forte e (ou) mais sábia. Desta forma, o autor constata que o comportamento de ligação é concebido como uma classe distinta do comportamento da alimentação e do comportamento sexual, tendo, pelo menos, um significado igual na vida humana.

Soares (2006) reporta-se à teoria de vinculação de Bowlby e fala num dos aspectos mais importantes desta como sendo “o reconhecimento da importância vital do comportamento de vinculação para a espécie humana: a sobrevivência da espécie humana só pode ser compreendida se concebermos

que os bebés nascem com um sistema comportamental que tem por função protegê-lo do perigo.” (p.76).

A autora menciona ainda Ainsworth que considera que uma ligação afectiva pode ser definida com base nalguns critérios: a) é persistente e não transitória; b) envolve uma figura específica e reflecte uma atracção que uma pessoa tem por outra pessoa; c) trata-se de uma relação emocionalmente significativa; d) a pessoa deseja manter a proximidade ou contacto com essa figura, ainda que tal possa variar em função de vários factores, como a idade, o estado da pessoa ou as condições do meio; e) a pessoa experimenta uma certa perturbação face a uma situação de separação involuntária e, sobretudo, quando deseja a proximidade e tal não lhe é possível. Para além desses critérios, a autora faz referência que a vinculação se caracteriza especificamente pela procura de segurança e de conforto na relação com essa pessoa.

Sendo assim, a vinculação pressupõe a construção de uma relação onde a segurança é a base primordial na interacção estabelecida entre os diferentes participantes desta relação.

No entanto, o conceito de vinculação tem vindo, ao longo dos tempos, a sofrer alterações. E, se tradicionalmente acreditava-se que a ligação afectiva era iniciada na altura do nascimento, hoje prevalece a ideia que se começa a formar uma ligação afectiva ao bebé durante a gravidez, contrariando assim a imagem da passividade psicológica da grávida face ao feto, passando-se a falar, deste modo, em vinculação pré-natal, tal como referem Mendes, Robinson, Baker & Nackerud e Speckhard, citados por Rolim e Canavarro (2006).

Tendo em conta que a gravidez irá desencadear na mulher momentos de imaginação face ao filho que vem a caminho em que, para ela, o que está no seu seio não será um feto, mas sim o bebé perfeito com todas as características que ela idealiza para o seu bebé ideal, então, “ A ideia de que a ligação afectiva entre a mãe e o seu bebé se estabelece muito precocemente - iniciando-se antes, mesmo, da concepção” foi também defendida por Klaus e Kennell citados por Keating e Seabra (1994, p.295).

Estar grávida é um dos acontecimentos mais marcantes da vida de uma mulher, em especial se for do primeiro filho. A gravidez representa, assim, um desafio à maturidade e à estrutura da personalidade da mulher em quem gera uma oportunidade única para o desenvolvimento de novas responsabilidades face ao novo ser, ao qual se sente ligada desde o início por uma relação de dependência mútua e progressiva. (Gomes Pedro, 1985).

Assim, Maldonado (1997) refere que a partir do momento que a mulher percebe a sua gravidez, vai iniciar-se, de forma consciente ou inconsciente, a formação da relação materno-filial. Também Raphael-Leff (1997) menciona que ao lado do embrião implantado no seu ventre, irá surgir uma criança imaginária. Acrescenta ainda que, antes mesmo da concepção, a criança imaginária é delineada na realidade psíquica da futura mãe.

Mendes (2002) menciona Ainsworth, citado por Canavarro, e define ligações afectivas como sendo uma ligação sólida, em que o outro é importante como sendo um indivíduo único, o qual não poderá ser substituído por outro. Então, na ligação materno-fetal, a autora, citando Cranley, definiu-a como sendo as diferentes condutas da mulher que representam ligação e interacção com o filho que ainda está no seu ventre. Deste modo, num estudo que efectuou sobre “a ligação materno-fetal”, a autora refere que quanto maior a ligação materno fetal maior a adaptação à gravidez.

Desta forma, “ muito antes do nascimento, a mãe sente o filho como fazendo parte de si e partilhando consigo uma história recheada de experiências e momentos únicos, vividos a um nível íntimo e exclusivo” (Rubin in Rolim e Canavarro, 2006, p.258). Ainda acrescentam que a ligação afectiva vai sendo cada vez mais forte ao longo da gravidez, dando especial atenção ao segundo trimestre, no qual os movimentos fetais passam a ser sentidos pela mãe.

Também Klaus e Kennell, citados por Keating e Seabra (1994), corroboram desta ideia e mencionam que a ligação afectiva entre a mãe e o bebé estabelece-se muito precocemente, iniciando-se antes, mesmo, da concepção, e evolui através duma série de etapas: planeamento da gestação, confirmação da gestação, aceitação da gestação, movimento fetal, aceitação do feto como um indivíduo, nascimento, ouvir e ver o bebé, tocar, segurar e cuidar dele.

Por isso mesmo, Brazelton (1992), na sua obra, faz menção à consulta pré-natal como sendo um momento muito importante, tendo esta o propósito de desmistificar dúvidas, minimizando deste modo ansiedades e ajudando a preparar a vinda do bebé. Refere também que é nesta fase que se vai fazendo a “preparação do ninho”, isto é, a preparação psicológica para o novo papel. Ele vê a ansiedade e a agitação como partes inevitáveis da gravidez, como um processo de preparação da energia emocional para o passo mais importante, o de ligar-se ao novo bebé. Acrescenta ainda que, ao longo de toda gravidez, o feto vai tendo experiências e vai sendo moldado pelas experiências da mãe. À medida que se move, em resposta a essas experiências, a sua actividade dá à mãe o *feedback* que lhe diz como o bebé reage, dando-lhe uma ideia de como o filho é, começando a moldá-la também. Raphael-leff (1997) corrobora desta ideia quando alega que, mesmo antes do nascimento, os pais começam a atribuir características ao bebé, e isso é baseado tanto nos ritmos e reacções fetais perceptíveis, como também nas suas próprias fantasias.

Sendo assim, e segundo Gomes Pedro (1985) a grávida consciencializa-se gradualmente de que o feto vai adquirindo a sua própria “personalidade” e é já uma realidade independente de si própria, mesmo antes de nascer.

2 - ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

A gravidez provoca na mulher alterações quer físicas quer psicossociais, as quais exigem que adaptações sejam desenvolvidas, de modo a atingir um novo equilíbrio. Sendo que este processo é um processo delicado, e por vezes penoso, uma vez que, para que se desenvolva este novo equilíbrio terá que anteriormente ter havido um desequilíbrio, então, será ainda mais penoso quando este processo de adaptação é interrompido de forma abrupta, ou seja, quando se dá o abortamento espontâneo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, abortamento é a expulsão ou extracção do feto com peso inferior a 500g, com idade gestacional entre as 20-22 semanas completas ou 140-154 dias completos (Rezende & Montenegro, 2002). Assim, existem diferentes tipos de abortamentos: espontâneo e provocado. Deste modo, o abortamento é considerado espontâneo quando se dá uma interrupção da gravidez sem qualquer intervenção, antes das 20 semanas de gestação, e é considerado abortamento provocado, induzido ou inseguro quando, para executá-lo, utiliza-se qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

No que se refere ao abortamento espontâneo, este pode ter diferentes subcategorias, tal como é mencionado por Griebel, Halvorsen, Golemon e Day (2005) num estudo que efectuaram sobre “Management of Spontaneous Abortion”. Os autores referem que o aborto espontâneo pode ser: **aborto completo**, quando todo o produto de concepção é expelido de forma natural, ou seja, sem necessitar de nenhuma intervenção cirúrgica ou química; **aborto incompleto** quando algum, mas não todo, do produto de concepção é expelido e os restantes produtos retidos poderão ser restos do feto, placenta e/ou membranas; **aborto inevitável**, quando existe dilatação do cervix mas o produto de concepção não é expelido; **aborto perdido**, uma gravidez em que há morte fetal mas não existe actividade uterina para expelir o produto de concepção; **aborto espontâneo recorrente**, quando há três ou mais abortos consecutivos; **aborto séptico**, quando o aborto é causado por uma infecção intra-uterina; **ameaça de aborto**, quando há perda de sangue antes das 20 semanas de gestação levando por fim ao aborto. Os mesmos autores também fazem alusão a alguns factores de risco associados ao aborto espontâneo, nomeadamente: idade avançada da mulher; consumo de bebidas alcoólicas;

consumo excessivo de cafeína; consumo de tabaco e outras drogas; anormalidades uterinas; história de abortos espontâneos; história de abortos electivos; infecções; a utilização de dispositivos intra-uterinos; o uso de alguns medicamentos e contacto prolongado com determinados produtos tóxicos.

Segundo Barros, citado por Rolim e Canavarro (2001), estima-se que o abortamento espontâneo afecta cerca de 15 a 20 % das gravidezes clinicamente confirmadas, e destas, 80% ocorrem muito precocemente, ou seja, antes das 13 semanas de gestação. No entanto, o abortamento espontâneo é de difícil quantificação uma vez que, nalgumas situações, este dá-se tão precocemente que a mulher nem se apercebe que estava grávida pensando, assim, que estava apenas a ocorrer um atraso no seu ciclo menstrual.

Muitos são os factores que podem contribuir para o insucesso de uma gravidez. Rezende e Montenegro (2002) enumeram alguns factores que podem estar por detrás do abortamento espontâneo, e são estes: **alterações cromossomiais** – em que os defeitos cromossomiais podem depender de fertilização por gâmetas geneticamente anormais, anomalias na fertilização e irregularidades na divisão do embrião. Assim, entre os gâmetas, tem sido responsabilizado o da mulher, uma vez que o óvulo tem a idade da mesma, mas também é um facto que, 1 em cada 50 espermatozóides, no ejaculado humano, é geneticamente anormal; **ovopatias** – nas quais podemos falar nas anomalias do ovo, nas placentopatias, nas funiculopatias, na patologia das membranas e na gemelidade; **mecanismos imunológicos** – o qual causa principalmente o abortamento habitual; **ginecopatias** – endométrio e decídua danificados, malformações uterinas, distopias uterinas, miomas uterinos; **incompetência istmocervical**; **doenças gerais** - como anemias graves, intoxicações, etc.; **infecções**; **emoções, coito e factores hormonais** – entre essas as anomalias da tiróide e a diabetes.

No entanto, os autores referem que nada explica a maioria das situações de abortamento, e que o diagnóstico etiológico retrospectivo possibilita, para muitos casos, formular um prognóstico para as subsecutivas gestações podendo assim, planear, com maior rigor, o tratamento mais adequado a efectuar.

2.1- Perda e Luto

O ser humano lida muito bem com os ganhos que vai conquistando ao longo do seu ciclo vital, mas no que diz respeito às perdas este, por vezes, tem alguma dificuldade em encará-las como tal. Existem diferentes tipos de perdas, como por exemplo, do emprego, de atributos, de um ente querido, de um filho. O grau de investimento, de sentimento e o impacto que provocam na pessoa são muito diferentes e variam muito.

Após uma perda, desenvolve-se emoções, experiências e mudanças na vida psíquica da pessoa e o tempo de duração dessa perda vai depender da intensidade da relação com o objecto. As reacções psicológicas que muitas vezes são visualizadas numa pessoa que sofreu uma perda são: raiva, mágoa, culpa, ansiedade e tristeza. Já as reacções físicas incluem dificuldade para dormir, mudanças no apetite, queixas ou doenças somáticas, isto é, sinais e sintomas relacionados ao transtorno de adaptação e ajustamento (Ballone, 2002).

Ainda a autora, apoiando-se em Bromberg, reporta que a perda leva ao sentimento de luto. No entanto, este sentimento não acontece apenas quando se perde um ente querido, é um luto de maior abrangência, isto é, ele também é esperado quando um vínculo é rompido, e a sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda.

Lindeman, citado por Ferreira, Góis, Faria e Correia (1990), dá uma definição do *luto normal* como sendo “ um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objecto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade em relação ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento.” (p. 400). Também é referido que este síndrome pode surgir imediatamente após a perda, ou estar aparentemente ausente.

Assim, Bowlby (1979) refere que, apesar da intensidade do sentimento de luto e a sua duração serem diferentes de pessoa para pessoa, elas passam por um padrão geral básico, ou seja, dá-se um processo de luto mais ou menos idêntico em todos os indivíduos. Este processo de luto é, segundo o autor, dividido em quatro fases, sendo estas: fase de torpor ou aturdimento, o qual

tem a duração, geralmente, de algumas horas podendo ir até uma semana, no entanto, pode ser interrompida por acessos de consternação e/ou raiva extremamente intensas; **fase de saudade e busca da figura perdida**, durando esta alguns meses e, nalgumas situações, vários anos. Nesta fase, há uma ânsia de ir à procura de respostas para justificar a perda e também há a preocupação de perceber o que se passou, o que fizeram ou não, para causar este terrível acontecimento; **fase de desorganização e desespero**, na qual existe uma consciencialização da realidade da perda. Ocorrem assim sentimentos de depressão, dificuldade de concentração e um sentimento geral de não se sentir bem consigo próprio; por fim vem a **fase de maior ou menor grau de organização**, a qual acontece quando a pessoa em sofrimento melhora a sua capacidade de funcionar no seu dia-a-dia, aumentando, assim, a sua auto-estima e confiança.

No entanto, o luto não é um processo simples e ordenado que se move de uma fase para a outra. Todas as fases do luto existem ao mesmo tempo, com o predomínio de uma ou outra, dependendo do momento, existindo, desta forma, movimentos de avanço e retrocesso entre as diferentes fases (Wheeler, 1999)

Existem condições que afectam o curso do luto que estão divididas em cinco categorias de variáveis: a identidade e o papel da pessoa perdida; a idade e o sexo da pessoa enlutada; as causas e circunstâncias da perda; as circunstâncias sociais e psicológicas que afectam a pessoa enlutada na época da perda e depois desta e, por fim, a personalidade do enlutado, com especial referência à sua capacidade de estabelecer relações amorosas e de reagir a situações de stress (Bowlby, 1998).

Na mesma obra, o autor, suportando-se em Klaus e Kennell, menciona que os pais de crianças que nascem mortas ou que morrem cedo, passam por um processo muito semelhante ao processo de luto descrito por ele. O torpor, seguido de aflição somática, anseio, raiva e subsequente irritabilidade e depressão são comuns. O mesmo acontece com as preocupações com a imagem do bebé morto e os sonhos com ele.

No entanto, embora o processo de luto seja muito semelhante, este tipo de luto implica que os pais, para além de passarem por todo este processo,

desenvolvam adaptações tanto sob os aspectos individuais como na relação com o(a) cônjuge no sistema familiar e na sociedade (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006)

Weiss, citado por Rolim e Canavarro (2006), classifica as perdas consoante as emoções que causam e, uma das categorias que está no topo desta classificação é - perda precoce - pois produz reacções de luto sendo considerada, pelo autor, das mais dolorosas do ponto de vista psicológico. Esta categoria inclui aquelas perdas que acontecem durante a gravidez, no parto ou nas seis primeiras semanas após o parto (puerpério) e podem ser diferentes situações, desde a interrupção da gravidez, morte perinatal e anomalias congénitas, com ou sem morte do bebé.

Segundo os autores acima descritos, pode-se distinguir alguns tipos de perdas, por morte infantil, ocorridas no período perinatal: morte fetal, morte à nascença e morte neonatal, em que cada uma destas situações está ancorada a vivências diferentes, mas todas implicam reacções emocionais que dependem da interacção entre diversas dimensões; dimensões essas apresentadas na figura 1, pertencentes a três personagens principais: pais, bebé e os outros.

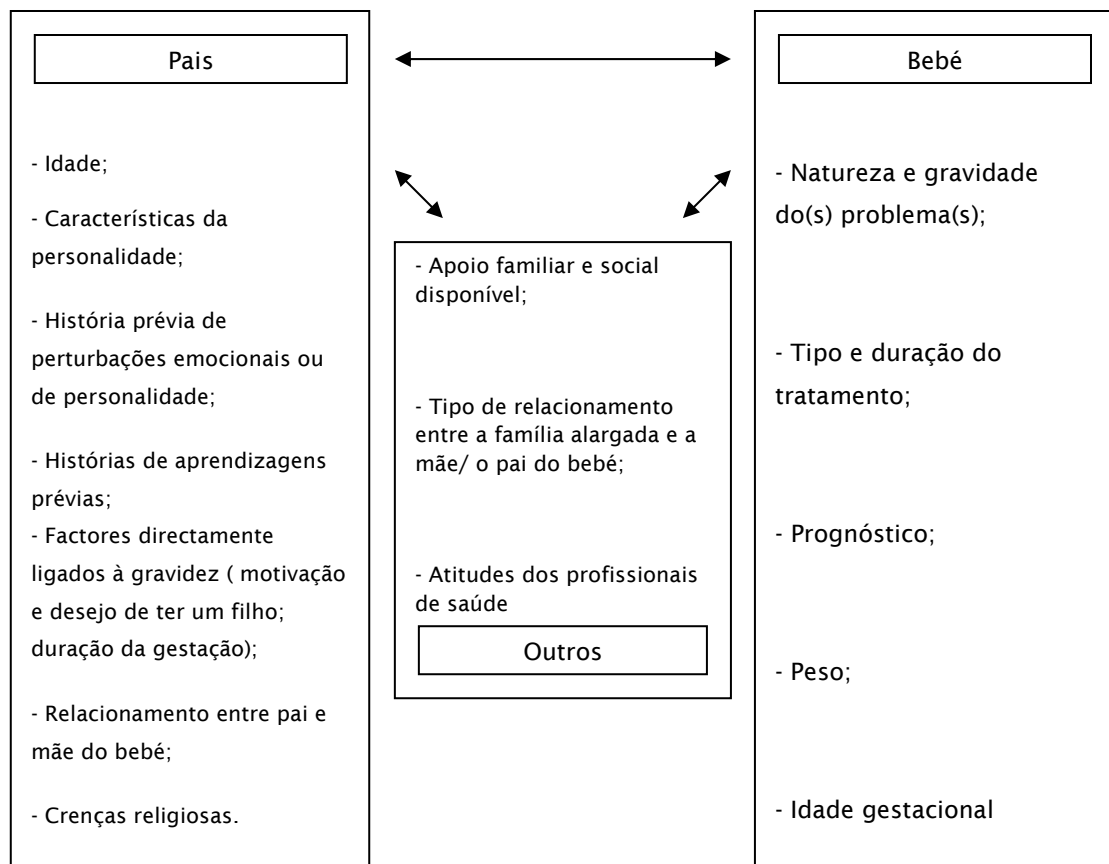


Figura 1 – Factores que influenciam a reacção emocional à perda perinatal

Fonte: Rolim e Canavarro (in Canavarro, 2006, cap.10, p. 261)

Cerca de três quartos de todos os abortos ocorrem durante o primeiro trimestre, e este desmantela a auto-imagem de fertilidade da mulher provocando vergonha e um profundo sentimento de ineficiência. Assim, a perda não é a perda de “produtos de concepção”, o aborto causa confusão no mundo interior, é um terminar de todas as esperanças e expectativas investidas no bebé, afectando o futuro e também o presente (Raphael-Leff, 1997).

Bowles et al. (2000) corroboram desta ideia quando mencionam que o aborto espontâneo está associado a efeitos psicológicos negativos e agrupam os sintomas em quatro categorias: **estados emocionais** - choque, culpa, raiva, ansiedade, depressão e isolamento; **efeitos cognitivos** - pensamentos intrusivos acerca do feto, alucinações auditivas e visuais relacionadas com o

bebê, sensação de movimentos fetais, dificuldades de concentração, dificuldades em tomar decisões, amnésia, fantasias sobre o feto; **efeitos comportamentais** - dificuldade em adormecer, pesadelos, perda de apetite, abuso de substâncias, tendência a evitar hospitais, não conviver com mulheres grávidas e crianças; **sintomas físicos** - sensação de estômago vazio, rigidez nos ombros, fadiga, transpiração excessiva. A autora refere, ainda, que estes sintomas são normais logo após ter ocorrido o aborto espontâneo, diminuindo, ao longo do tempo, de intensidade com tendência para desaparecerem naturalmente.

Worden, citado por Wheeler (1999), identificou quatro tarefas fundamentais que as pessoas em luto, neste caso a mulher/família que perdeu o bebê, deverão desenvolver para se adaptarem à perda, e são elas: aceitar a realidade da perda; trabalhar para aceitar a dor e o luto; ajustar-se ao ambiente e continuar a viver (reorganização). A primeira surge quando a mulher e sua família se consciencializam da realidade da perda. Sendo assim, é importante que a mulher e a família falem sobre o acontecimento que vivenciaram e os sentimentos que rodearam a perda, de modo que, de uma forma cognitiva e emocional, se apercebam da morte. Na segunda tarefa, a pessoa em perda deve sentir e exprimir as intensas emoções do luto. No entanto, na nossa sociedade a tendência é para minimizar a morte de um bebê/ aborto espontâneo, porque não existia uma relação social real ou vinculação com o bebê. Contudo, quer a mãe/pai, irmãos e família já tinham um processo de vinculação iniciado, uma vez que este começa na gravidez, ou até mesmo, antes da concepção, tal como já foi referenciado anteriormente por alguns autores. O que acontece, geralmente, é que a sociedade equaciona o número de anos de vida e visibilidade de uma relação com a intensidade do sentimento de perda. Tudo isso leva, muitas vezes, a que a família que passa por uma morte perinatal suprima os seus sentimentos, pelo menos superficialmente, porque consideram que socialmente é mais aceite.

Quanto ao ajustamento ao ambiente, a autora refere que esta tarefa significa que a família aprende como acomodar-se às alterações impostas pela perda. A perda de um bebê, independentemente da idade gestacional, se ainda na gravidez, ou se já após o nascimento, significa não ser capaz de preencher o papel de mãe/pai. Assim, assuntos como o que fazer face ao quarto do bebê e

às suas roupas, retomar o trabalho, assumir o papel de pais junto de outros filhos, ficar grávida novamente e aprender a lidar com a restante família/amigos não sensibilizados para a situação, constituem problemas que a pessoa em luto tem de enfrentar.

O estudo efectuado por Dias dos Santos, Rosenburg e Buralli (2004), teve como objectivo compreender a perda fetal a partir de alguém que já passou pela experiência, em que viveu o processo de gravidez dentro do seu contexto de vida, enfrentou problemas de várias naturezas e, por fim, perdeu o filho, vindo, depois, a sofrer as consequências da perda. Neste estudo foi observado que as reacções apresentadas pelas mulheres corresponderam a uma longa trajectória de sofrimento e dor, que se iniciou no hospital, mediante a notícia do médico, e que continuou ao se depararem com tudo o que seria do bebé: berço, enxoval, roupas, etc., sendo este momento identificado como o contacto com a realidade da ausência do bebé. Desta forma, é necessário que haja um pequeno distanciamento para que os pais se adaptem à perda, podendo, ao longo do tempo, irem modificando a sua própria visão de como o acontecimento afectou as suas vidas, desenvolvendo, assim, uma nova perspectiva, diferentes sentimentos e várias formas de adaptação.

No que se refere à última tarefa – continuar a viver (reorganização) –, a mesma significa amar e viver outra vez. Nesta fase, são sinais de reorganização o facto da pessoa ser capaz de voltar a gostar das coisas, de se satisfazer a si e aos outros, desenvolver novos interesses e restabelecer relações. No entanto, para alguns pais, é necessário o nascimento de uma/outra criança para que sejam capazes de se reorganizarem. Desta forma, os pais em luto nunca esquecem aquele bebé, mas lembram-se dele com menor sofrimento.

Assim, Keating e Seabra (1994) referem que reacção dos pais à morte do bebé (mesmo que ainda considerado feto do ponto de vista da viabilidade, mas já um bebé no imaginário da mãe/pai) é quase sempre catastrófica, pois torna-se difícil conciliar as realidades opostas de “nascimento” ou “nascimento imaginado” e “morte”. Isso pressupõe a existência de uma forte vinculação entre os pais e o bebé ainda antes do nascimento, sendo esta ideia muito apoiada pela literatura.

As reacções que a mulher tem face a uma perda ocorrida durante a gravidez ou puerpério vão depender do grau de ligação afectiva ao bebé e do investimento colocado na gravidez, não sendo, necessariamente, determinadas pela idade gestacional ou tempo de vida do bebé. São frequentes episódios depressivos, em momentos cronologicamente significativos: na data prevista do parto, caso a gravidez chegasse ao seu termo; em anos subsequentes, na data do abortamento; após o parto, numa próxima gravidez. Também são comuns as perturbações de ansiedade numa gestação subsequente e/ou durante o trabalho de parto (Rolim & Canavarro, 2006). No entanto, Lopes, referido pelas autoras, afirma que quando um processo de luto por uma perda precoce decorreu adaptativamente, uma nova gravidez bem sucedida reforçará o processamento adequado de emoções associadas à perda anterior.

Então, pode-se dizer que o trabalho de luto é um processo doloroso em que a pessoa passa por fases onde surgem sensações fortes, que parecem permanecer para sempre. A dor da perda de um filho, independentemente de ser durante a gravidez ou já no puerpério, vai acompanhar a pessoa durante toda a sua vida, mas com o tempo vai aprender a encarar essa dor de forma diferente, aprendendo a acreditar que pode tentar novamente.

3- TEORIAS CUIDATIVAS E O SEU CONTRIBUTO PARA CUIDAR A MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTO ESPONTÂNEO

A gravidez, nalgumas situações, não é bem sucedida e por vezes surge o aborto espontâneo. Este acontecimento, independentemente da causa, provoca sentimentos de perda precoce, repentina e inesperada como refere Rolim e Canavarro (2006). Então, desenvolve-se um processo de luto que pode trazer maior ou menor tumulto consoante o relacionamento da mulher com o embrião, feto ou bebé que não chegou a nascer. Quer seja uma criança com apenas algumas horas de vida, um feto com mal formações ou um embrião que não se desenvolveu, desencadeia-se sempre uma reacção de sofrimento emocional.

Pelo facto deste tipo de situações gerar um manancial de sentimentos e, sobretudo, quando o luto não é vivido adequadamente de forma a que a pessoa possa adaptar-se, uma gravidez subsequente poderá desencadear emoções que podem mesmo impossibilitar a ligação afectiva ao novo embrião que se está a desenvolver, levando mesmo à sua rejeição, como salientam Speckhard, Robinson, Baker & Nackerud , mencionados por Rolim e Canavarro (2006).

Assim, está patente na mesma obra que o facto de a mulher viver tais situações, juntamente “ com um processo de luto não completamente desenvolvido é um factor de risco para o desenvolvimento adaptativo de uma futura gravidez e de um futuro relacionamento mãe-bebé” (p. 280).

Por isso mesmo, os enfermeiros que trabalham diariamente com mulheres que estão a viver uma situação de abortamento deverão perceber que tipo de sentimentos e ansiedades estas evidenciam, de modo a poder ajudá-las a adaptarem-se à situação que estão a viver para que as sequelas advindas de todo estes contexto sejam em menor número possível. Assim, o contacto inicial é de crucial importância, uma vez que vai determinar o clima em que os cuidados irão decorrer, porque a mulher carece de se sentir bem acolhida fazendo parte de todo um processo que agora iniciar-se-á.

Os cuidados que o enfermeiro propiciar no internamento deverão seguir as etapas do processo de enfermagem: avaliação inicial, apreciação e formulação dos diagnósticos de enfermagem, planeamento e avaliação, como refere Klein

(1999). Já no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (1996) estão caracterizados os cuidados de enfermagem por:

1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; 2) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; e 3) utilizarem metodologia científica, que inclui:

a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) A recolha e apreciação de dados sobre a situação que se apresenta; c) A formulação do diagnóstico de enfermagem; d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das interacções. Entre outras. (p. 2960)

Adams (1994) acrescenta que este processo tem um carácter cíclico, referindo que quando a quinta etapa é transposta, regressa-se ao início com novos dados que exigem novas interpretações e assim sucessivamente. Dá-se o término deste processo quando há ruptura definitiva da relação enfermeiro-cliente sendo este procedimento sempre o mesmo independentemente da filosofia ou quadro de referências adoptado.

A prática de enfermagem não se resume à execução de tarefas, esta deverá ser pensada, reflectida e adequada às necessidades individuais. Como mencionam Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996), a prática de enfermagem centra-se nos cuidados dirigidos à pessoa que, por sua vez, está inserida num determinado ambiente e que vive experiências de saúde. A Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003) considera que os enfermeiros têm que ter a noção que “bons cuidados” significa que pessoas diferentes necessitam de cuidados diferentes, e, sendo assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças de modo a atingir os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

No caso da mulher na situação de abortamento espontâneo, o trabalho desenvolvido deverá ter em conta aquela pessoa, que está a viver um momento único, com uma história de vida e inserida num ambiente com a sua própria cultura, crenças e valores em que as reacções que apresenta face ao aborto são variáveis e, Rolim e Canavarro (2006) alegam que a mulher que passa por

este tipo de situações fica muito mais susceptível a experimentar sentimentos de tristeza, frustração, desapontamento, raiva e culpabilização.

Assim, como reporta Watson (2002a), o enfermeiro tem um papel fulcral no sentido de ajudar cada indivíduo a adquirir uma harmonia cada vez maior na mente, no corpo e na alma, auxiliando, deste modo, a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, fomentando o auto controle, a escolha e a auto determinação nas decisões face à saúde mas também à doença.

Para que isto seja possível, o enfermeiro necessitará de assentar o seu trabalho nos modelos de enfermagem, porque, e segundo as palavras de Pearson e Vaughan (1992), “Um modelo de enfermagem é constituído pelos componentes ou ideias que entram na construção da enfermagem – o que são as crenças, os valores e as teorias e conceitos sobre as quais se ergue.” (p.8). As autoras acrescentam, ainda, que um modelo de enfermagem contém três elementos: crenças e valores, objectivos para o exercício e os conhecimentos e técnicas necessários para atingir estes mesmos objectivos, tendo cada enfermeiro um modelo pessoal deste tipo, aplicando depois esta estrutura na enfermagem. Tudo isso possibilita aos enfermeiros desenvolverem o seu modelo de trabalho. Os modelos estão, assim, na base da enfermagem uma vez que a sua aplicação no exercício da profissão irá ajudar a: esclarecer o significado da enfermagem; dar orientação ao exercício; reconhecer o tipo de papel que deverá ser desempenhado pelo pessoal de enfermagem; atribuir responsabilidade ao enfermeiro pelo seu próprio exercício profissional; ser o primeiro passo essencial para tentar estabelecer o processo de enfermagem na equipa e levar a mudanças no estilo dos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta que os modelos são estruturas que, segundo Tomey e Allgood (2004), proporcionam olhar a enfermagem de diferentes perspectivas de acordo com as suas características, então a teoria de enfermagem, por ser um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem, sugere acções para nortear a prática. Também é descrito pelas mesmas que a teoria permite melhorar a prática porque descreve, explica e antevê os fenómenos, conferindo, assim, significado ao conhecimento. A teoria de enfermagem será, então, de extrema importância uma vez que irá ser útil para o raciocínio, para o pensamento crítico e para a tomada de decisões na prática

de enfermagem. Na obra, ainda mencionam que a teoria ajuda o enfermeiro a: organizar os dados do doente; compreender e analisar os mesmos; tomar decisões sobre as intervenções de enfermagem; planejar o tratamento e prever os seus resultados, avaliando-os de seguida.

Dentro dos modelos conceptuais, das grandes teorias, das teorias e das teorias de médio alcance de enfermagem, seria pertinente perceber como estes podem contribuir para cuidar da mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento. Nos seus manuscritos, as autoras mencionam ainda que, apesar dos modelos em geral terem, para o exercício de enfermagem, como objectivo a realização da saúde, sendo esta vista quase sempre como a obtenção por parte do indivíduo da sua máxima potencialidade, cada um tem as suas próprias particularidades.

Callista Roy desenvolveu a sua teoria: teoria de adaptação, em que o seu objectivo é a adaptação da pessoa em situações de saúde e de doença, tal como referem Pearson e Vaughan, (1992), e, se por um lado a gravidez é um estado de saúde que requer da mulher uma adaptação, porque muitas alterações físicas, psicológicas e sociais vão gradualmente surgindo, por outro, quando todo esse processo é interrompido de forma abrupta, ou seja, quando a situação de aborto espontâneo acontece, então, outros mecanismos de adaptação terão que ser desenvolvidos para que a mulher consiga adaptar-se à nova situação que de forma repentina se instalou, sendo que, se estes forem ineficazes, poderá instalar-se a doença.

Analisando o modelo, o qual se centra no conceito de adaptação da pessoa, e estando os conceitos de enfermagem, saúde e ambiente interligados a este, percebe-se que, e segundo os mesmos autores, a estrutura que lhe está subjacente é a forma como a pessoa reage ou se adapta às mudanças e estímulos, sejam estes internos ou externos, ou seja, inerentes à própria pessoa ou oriundos do ambiente que a rodeia.

Segundo Phillips (2004), o ser humano é um sistema de adaptação holístico que é constituído por partes formando um todo e que funciona como uma unidade com um determinado objectivo. A pessoa é o enfoque central da enfermagem, porque é ela que irá receber os cuidados de enfermagem. No ambiente constarão todas as condições e influências que envolvem e afectam o

desenvolvimento e conduta do indivíduo. Este é o *input* para a pessoa enquanto sistema de adaptação, abrangendo factores internos e externos que podem ser grandes ou pequenos e/ou positivos ou negativos. Os factores do ambiente que influenciam a pessoa são organizados em estímulos focais, contextuais e residuais.

Neste modelo, a enfermagem é definida por Roy e Andrew, apresentados por Phillips (2004), como “a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa.” (p. 307).

No que se refere à saúde, Roy, mencionada pela mesma autora, e nos seus mais recentes escritos, centra-se nesta enquanto processo no qual saúde e doença podem coexistir. A pessoa terá saúde quando se adaptar continuamente aos estímulos que a atingem ficando livre para responder a outros que vão surgindo ao longo da vida.

Pearson e Vaughan (1992) acrescentam que aos mesmos estímulos as reacções serão diferentes, porque a zona de adaptação individual é pessoal, isto é, varia de pessoa para pessoa: cada indivíduo tem a sua própria capacidade de resposta apresentando assim quatro categorias de adaptação, sendo estas: fisiológicas, auto-conceito, execução de papéis e interdependência.

Depois de analisar a estruturação do modelo de adaptação de Roy, mais precisamente as definições que atribui a Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem, poder-se-á ver como este contribui para que se cuide da mulher em situação de aborto espontâneo, de modo a que esta ultrapasse ou, simplesmente, consiga lidar com a situação que está a viver, adaptando-se à mesma utilizando os seus mecanismos de adaptação à nova situação que agora surgiu.

Tendo em conta o modo como os conceitos metaparadigmáticos Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem são definidos por Callista Roy, leva-nos a pensar que o enfermeiro ao cuidar da mulher em situação de aborto espontâneo terá como objectivo ajudar o esforço de adaptação desta, gerindo o ambiente. Então, se este esforço for ineficaz, cabe ao enfermeiro proporcionar-lhe orientação para que a adaptação seja conseguida de forma a que possa usufruir de saúde e/ou não desenvolva doença, necessitando, assim, cada vez menos da intervenção do enfermeiro, pois o enfermeiro

“proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.”, tal como está descrito nas competências do enfermeiro de cuidados gerais pela OE (2003).

Para Roy, e segundo Phillips (2004), o enfermeiro deverá observar os comportamentos e os estímulos que influenciam a adaptação. Ele faz os seus juízos consoante aquilo que lhe é dito e as intervenções são planeadas para gerir os estímulos. A mesma autora enumera seis passos do processo de enfermagem de Roy que ajudam a perceber como o enfermeiro deve actuar:

(1) faz a apreciação dos comportamentos manifestados nos quatro modos adaptativos; (2) aprecia os estímulos para esses comportamentos e classifica-os como focal, contextual ou residual; (3) faz uma declaração ou um diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa; (4) estabelece metas para promover a adaptação; (5) implementa intervenções que visam gerir os estímulos para promover a adaptação; e (6) avalia se os objectivos adaptativos foram atingidos. (p. 311)

Ao utilizar o modelo acima descrito, o enfermeiro poderá dar resposta às necessidades desta mulher, porque terá oportunidade de perceber, numa primeira instância, que comportamentos apresenta nos quatro modos adaptativos (necessidades fisiológicas; auto conceito; execução de papeis e interdependência). Este passo inicial é de extrema importância porque estes podem variar, dependendo das características individuais, das experiências vividas anteriormente, do apoio e estrutura familiar que a suporta, etc.

Muitos são os factores que vão influenciar os comportamentos daquela mulher naquele momento específico. Estes factores também podem ser considerados, à luz do modelo, como estímulos para estes comportamentos. Cabe ao enfermeiro perceber, através da relação terapêutica que estabelece com a cliente, como vai classificar os estímulos que vão desencadear determinados comportamentos.

Depois, irá elaborar os diagnósticos de enfermagem sobre o estado de adaptação da mulher. Assim, ele entenderá como aquela mulher está a viver aquela perda, que medos e receios apresenta, o que os provoca, e se já demonstra algum modo de adaptação à situação. Então, o enfermeiro estabelecerá as metas para promover a adaptação, mas a cliente deverá

participar de modo a que o enfermeiro perceba até onde pode ir e que tipo de adaptação consegue desenvolver para que a situação presente seja vivida sem que se instale a doença. Para finalizar, os objectivos adaptativos serão avaliados, de modo a que estes novos dados sejam utilizados para modificar o plano de cuidados, se necessário.

Loney (2003) vai mais longe quando refere que será pertinente que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre a forma de adaptação à experiência da perda que, habitualmente, os indivíduos apresentam, porque cada perda afecta a pessoa e a família inspirando uma resposta adaptativa. A Figura 2 é um diagrama ilustrativo da adaptação à experiência da perda.

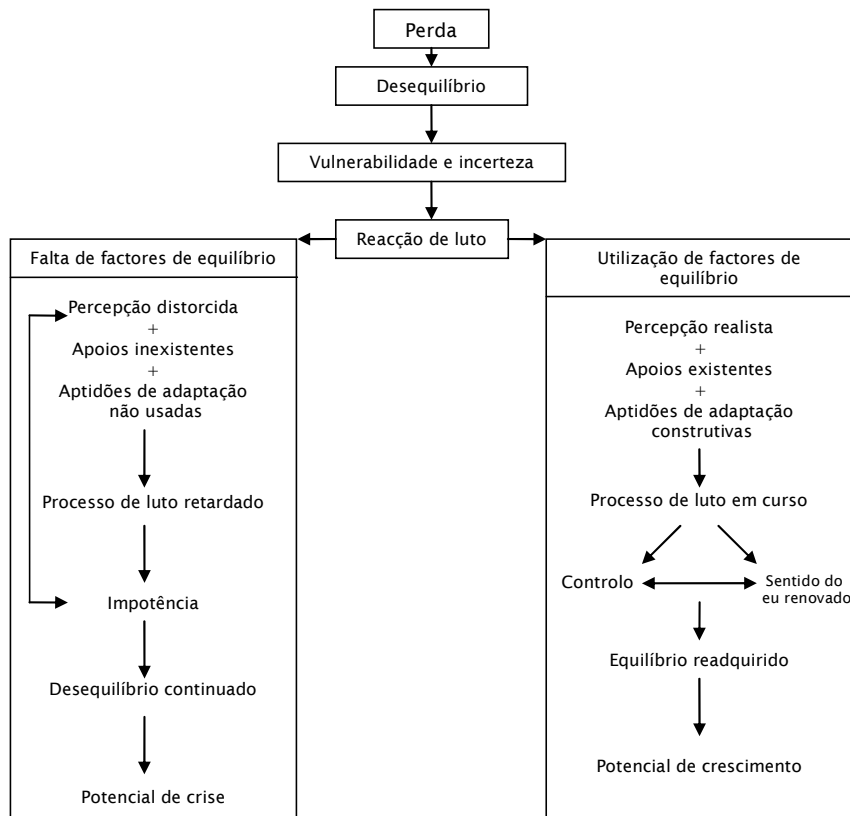


Figura 2 - Adaptação à experiência da perda

Fonte: Loney in Phipps, Sans & Marek, 2003, cap. 8, p. 189

Como já foi mencionado, para que o enfermeiro corresponda às necessidades da mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento e a ajude a adaptar-se a esta situação terá que Cuidar.

Collière (1999) refere que existe uma diferença de natureza entre os cuidados que têm por fim manter a vida quotidiana e os que se centram na doença. Assim, e segundo vocabulário inglês, os cuidados quotidianos e habituais (Care) estão ligados às funções de manutenção, isto é, de continuidade de vida; já os cuidados de reparação (Cure) estão ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida, ou seja, tudo o que se relaciona com o tratamento da doença. Esses últimos (Cure) devem, segundo a autora, completar-se com os cuidados quotidianos (Care) pois só podem ter sentido se houver manutenção de tudo o que contribui para a continuidade e desenvolvimento da vida.

Os cuidados quotidianos (Care) foram, ainda de acordo com a autora, durante muitos anos, os cuidados mais correntes, mais numerosos, mais importantes, mas com a extensão maciça das possibilidades de tratar a doença, sem no entanto Cuidar, "...os cuidados de reparação invadiram, progressivamente, o campo de todas as práticas de cuidados, as das mães, dos familiares, dos vizinhos, dos amigos e, a fortiori, as do pessoal de enfermagem que se tornou auxiliar, não já do doente, mas do médico (...). Ao seguir o modelo bio-médico, os cuidados de enfermagem relegaram para segundo plano *tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir.*"(p.240) criando-se assim, um fosso a nível dos cuidados de enfermagem.

Nesta realidade, a medicina tornou-se responsável pelo tratamento e cura das doenças e a enfermagem respondia pelos cuidados que prestava, não ao indivíduo e sociedade, mas às instituições e à medicina, por quem era controlada.

Hoje, e com a realidade actual, isto é, com o surgir de cada vez mais doenças crónicas, situações incuráveis, em que o avanço tecnológico leva os profissionais a terem sérias dúvidas em saber onde e quando parar, é difícil praticar apenas os cuidados de reparação deixando para trás os cuidados quotidianos. Deste modo, e segundo Honoré (2004), é provável que a diferenciação entre os cuidados centrados na cura e os cuidados centrados na pessoa, surgida na problemática das práticas hospitalares no fim do século, deixe de fazer sentido no futuro para caracterizar as missões profissionais específicas. Assim, a enfermagem começa a ter outra forma de agir fazendo

mudanças fundamentais. Se tradicionalmente era olhada como meio de obter uma cura é neste momento vista como o Cuidar em si próprio, um fim e não um meio. Neste contexto, assiste-se em enfermagem ao ressurgir da ênfase no Cuidar que se reflecte em muitas das definições de Enfermagem existentes nos modelos teóricos de Enfermagem que orientam os enfermeiros actualmente.

Em consonância com esse ponto de vista, Watson (2002b) relata que existe uma relação inversa entre o termo medicina/curar e enfermagem/cuidar, isto é, o primeiro depende, para a sua identidade, na exclusão do segundo. Deste modo, será necessário haver uma inversão entre o curar e o cuidar, sendo para isso, segundo a autora, necessário modificar certos hábitos mentais. A enfermagem moderna agiu a partir da margem do modelo dominante de cura, no entanto, na enfermagem na era pós-moderna as práticas marginais de cuidar-curar vão de um plano secundário para um plano mais central, sendo que estas práticas de cuidar-curar marginalizadas tornam-se centrais e harmoniosas nesta era do pós-moderno e no futuro.

Reportando-se a obras suas anteriores, a autora refere ainda que neste momento se entrou numa era que requer uma transformação de tudo o que se pensa saber e para o que se trabalha, dentro da era moderna dos cuidados de saúde. Assim, “Reconstruir é para mover o modelo de cuidar, da margem e para expor a enfermagem como o ‘espaço de suporte’ para a emergência da energia arquetípica feminina sagrada da cura; inverter a hierarquia estabelecida, só para a substituir (transformá-la)” (p. 22).

Também Leininger, citado por Welch (2004), refere que “ O cuidar (cuidados) é essencial ao tratamento e cura, pois não pode existir cura sem cuidar” (p. 573, cap.28).

Como refere Collière (1999), Cuidar é um *acto individual* que efectuamos a nós próprios a partir do momento que nos tornamos pessoas autónomas e independentes, mas também será um *acto de reciprocidade* que cada um presta ao outro, quando este não está capacitado para, temporariamente ou definitivamente, satisfazer as suas necessidades vitais, necessitando, desta forma, de ajuda. Assim, ao longo do ciclo vital, os indivíduos necessitam deste *acto de reciprocidade* de forma inversamente proporcional à sua idade, isso é, ao nascimento os cuidados prestados são muitos, diminuindo à maneira que

se vai caminhando para a primeira infância, depois para a infância e adolescência. Quando o indivíduo se torna adulto, normalmente, é ele que presta cuidados dando assim o seu contributo face à família, exercício profissional, etc. No entanto, nalgumas situações de vida, a pessoa adulta também necessita que tomem conta dela, nomeadamente aquando da maternidade, o nascimento, ou ainda quando uma pessoa ou um grupo enfrenta situações de crise e/ou obstáculos na vida. Quando o indivíduo vai em direcção à velhice, os cuidados que necessita vão novamente aumentando, mas este facto varia consoante as pessoas e os meios.

Segundo Honoré (2004), Cuidar “(...) indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos.” (p.17).

Já Hesbeen (2000) refere-se ao Cuidar como sendo “(...) uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.” (p.37).

Neste contexto, e na definição de Enfermagem de Henderson, cuidar reflecte-se no assistir os indivíduos na realização das actividades que realizariam por si, de forma independente, se tivessem os recursos necessários, sendo esses a força, vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a obter a independência o mais rapidamente possível (Tomey, 2004).

No entanto, Gueibe (2004) afirma que não se pode alcançar uma verdadeira consciência do cuidar sem ter em conta as suas próprias experiências pessoais. Assim, credibilizará mais ou menos o sofrimento do outro, e é preciso que a pessoa tenha esta consciência de modo a entender, isto é, aceitar e reconhecer autenticamente o pedido de cuidados que brota do outro.

A primeira e maior contribuição para uma teoria do cuidar surgiu com Madeleine Leininger. Ela acreditava e defendia uma enfermagem transcultural que fala a favor do cuidar, e apela para a valorização das crenças dos utentes que influenciam a forma como manifestam as suas necessidades de cuidados (Ribeiro, 1995).

A sua teoria é oriunda da antropologia e da enfermagem, mas é reformulada para ser enfermagem transcultural com perspectiva do cuidar humano, dando assim ênfase à importância de estudar as pessoas a partir dos seus conhecimentos ou experiências contrastando-as, mais tarde, com crenças e práticas éticas (externas). (Welch, 2004).

Já Watson (2002a), na linha de Leininger, refere-se à relação transpessoal do cuidar como uma união com outra pessoa em que o cuidar se inicia quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico do outro indivíduo, sendo capaz de encontrar a condição de ser da outra pessoa, aperceber-se destas condições no seu íntimo, e dar resposta às mesmas de tal forma que o outro exterioriza sentimentos subjectivos e pensamentos que desejava libertar há muito tempo. Assim, existirá um fluxo inter-subjectivo entre enfermeiro/cliente.

Também Neil (2004) corrobora da ideia quando menciona que o cuidar que Watson descreve é “ (...) um ideia moral mais do que um comportamento pela tarefa e inclui características como a ocasião do cuidar real e o momento do cuidar transpessoal, fenómenos que ocorrem quando existe um verdadeiro relacionamento entre enfermeiro e doente.” (p.166).

Assim, e segundo a mesma autora, Watson baseia a sua teoria da prática de enfermagem em dez factores de cuidar, onde cada um possui um componente fenomenológico dinâmico relacionado com as pessoas envolvidas na relação, como também está contido na enfermagem. Os factores: **“Formação de um sistema de valores Humanisto-Altruísta; Instilação da fé-esperança e Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros”**, são interdependentes e constituem a base filosófica da ciência do cuidar. O primeiro factor pode ser definido como a satisfação através da dádiva e da extensão do sentido do ser. O segundo facilita a promoção do cuidar holístico em enfermagem e da saúde positiva na população de doentes. No terceiro, o facto do enfermeiro reconhecer os seus sentimentos, isto é, autoaceitar-se irá provocar nele um crescimento e solidificação da sua auto-realização tornando-se assim mais genuíno, autêntico e sensível aos outros.

Então, para que o enfermeiro possa ajudar eficazmente a mulher em situação de perda aquando do aborto espontâneo, deverá confrontar-se com os seus

próprios sentimentos sobre a perda e o luto, reconhecendo as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a sua prestação de cuidados. Deste modo, o enfermeiro será mais ele próprio para conseguir cuidar verdadeiramente da mulher em situação de aborto espontâneo e ajudá-la a viver esse momento de crise.

No quarto factor, intitulado “**Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança**”, a autora faz menção a que uma relação de ajuda-confiança entre enfermeiro/cliente é fundamental para um verdadeiro cuidar transpessoal, em que este tipo de relação promove e aceita a expressão, tanto de sentimentos negativos como positivos, dando assim lugar ao quinto factor de cuidar - “**Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos**” - no qual há uma partilha de sentimentos para a qual o enfermeiro deve estar preparado e deverá reconhecer que a compreensão intelectual e emotiva difere de situação para situação. Permitir que a mulher em situação de aborto espontâneo fale sobre os seus sentimentos é de extrema importância, porque possibilita que ela partilhe a sua vivência com alguém, nesse caso com o enfermeiro, o qual poderá, em conjunto com ela, ajudar a minimizar os sentimentos face a esta situação, sendo um dos primeiros passos para desenvolver estratégias de readaptação à situação.

Para isso, terá necessidade de recorrer ao processo de enfermagem que confere uma abordagem científica de resolução de problemas aquando do cuidar em enfermagem. Entra-se, assim, no sexto factor: “**Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões**”. No que concerne ao sétimo factor - “**Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais**”-, está patente nos escritos da autora que este desloca a responsabilidade pela saúde e bem-estar para o cliente porque permite a este estar informado. No oitavo factor - “**Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio**”-, o enfermeiro tem que reconhecer a influência que os ambientes interno (bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais) e externo (variáveis epidemiológicas, conforto, privacidade, segurança, ambiente limpo e estético) têm sobre a saúde e doença dos indivíduos. Quanto ao nono factor, o enfermeiro reconhece as necessidades bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e intra-pessoais dele e do cliente dando assim “**Auxílio na satisfação das**

Necessidades Humanas". Estes dois últimos factores poderão ser os mais importantes para perceber quais os recursos que a mulher em situação de aborto espontâneo possui e pode utilizar para iniciar o seu processo de readaptação. O último factor de cuidar intitula-se "**Permissão de forças fenomenológicas-existênciais**" que ajudam as pessoas a compreender os fenómenos em questão, permitindo, desta forma, auxiliar a mulher em situação de aborto espontâneo a ultrapassar a sua situação de crise.

Estes são os dez factores de cuidar que Watson enumera na sua teoria. No entanto, ela acredita que os enfermeiros deverão ir para além destes factores ensinando métodos de resolução de problemas e reconhecendo capacidades para lidar com a vida e de adaptação à perda.

Neil (2004) refere, ainda, que Watson crê que a enfermagem diz respeito à promoção e recuperação da saúde e à prevenção da doença "(...) cuidar é um termo de enfermagem que representa os factores que as enfermeiras utilizam para prestar cuidados de saúde aos doentes. (...) ao responder aos outros como indivíduos únicos, a pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade." (p. 171)

Então, e segundo Watson (2002a), cuidar implica valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências sendo que, requer envolvimento da própria pessoa em todas as vertentes social, moral e espiritual e o comprometimento para com o próprio e para com os outros. Deste modo, cuidar, para a autora

é um empreendimento epistémico que define quer o enfermeiro quer a pessoa e ainda o nível de espaço e tempo; requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença. (p.56)

A prática dos cuidados de enfermagem prende-se, assim, num encontro entre o indivíduo que é cuidado e as pessoas que cuidam. Segundo Hesbeen, (2000) este encontro requer um processo, o "processo de cuidados", o qual permite elaborar com a pessoa que é cuidada, um projecto de cuidados onde se identificará um caminho para o qual ela pretende progredir.

3.1- A intervenção de enfermagem na situação de aborto espontâneo

Pessoa é um dos conceitos metaparadigmáticos da enfermagem. Ela é um ser único, singular, livre e autónomo. É único e singular porque, apesar das suas características semelhantes enquanto ser biológico, é simultaneamente diferente de todos os outros indivíduos. É, também, livre e autónomo por estar dotado de liberdade e vontade próprias podendo, assim, ter o direito à autonomia e fazer parte das decisões que a ele lhe dizem respeito, tal como refere Pacheco (2002).

A mesma autora acrescenta que o facto de o ser humano ser único, faz com que as relações entre os indivíduos sejam complexas porque as pessoas são todas diferentes, com vontades próprias e com a sua autonomia. Isto requer, então, que haja respeito entre as relações interpessoais reconhecendo, assim, os limites da sua própria autonomia. Por este motivo, cada indivíduo deverá reflectir e pensar nos seus comportamentos antes de agir.

Reportando esta lógica para a enfermagem, o enfermeiro, quando presta cuidados às mulheres em situação de aborto espontâneo em contexto de internamento, deverá ter em conta que cada mulher é um ser único com as suas próprias crenças e comportamentos e, por isso mesmo, o enfermeiro deverá respeitá-la na sua forma de ser, viver, pensar e agir, sempre nos limites da sua autonomia.

Para que haja uma relação terapêutica de modo a que seja possível empregar o processo de enfermagem, terá que haver respeito mútuo sem ultrapassar as fronteiras de cada um. Assim, será importante fazer uso da Carta dos direitos e deveres dos doentes, uma vez que esta representa mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde; caminho este que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado. Tendo em conta o segundo direito da Carta supra citada “ O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas” cada doente é uma pessoa com as suas convicções próprias e individuais. Deste modo, as instituições e os profissionais de saúde têm, assim, que respeitar estes valores e providenciar a sua satisfação.

Por tudo isso, não se pode falar de cuidados de enfermagem sem fazer referência à Ética, à Moral e à Deontologia. Para isso será importante definir estes termos de modo a compreender como eles estão ligados à enfermagem.

Ética é um termo que tem origem grega e cujo significado vai ao encontro da moral. Ele é utilizado hoje como código dos comportamentos e das atitudes em função de parâmetros culturais. Neves (1997) corrobora da ideia ao definir Ética como sendo “ (...) a reflexão sobre os princípios ou valores em que se fundamenta a acção, como da enunciação de regras ou normas de conduta.” (p.147).

Por sua vez, Moral “ (...) estuda os conceitos de bem e de mal, de justiça e injustiça, de verdade e de mentira da respectiva essência e universalidade.”

Osswald (2002) refere que a Ética não pode dispensar a Moral e vice-versa, uma vez que a Ética é o lugar íntimo de onde emanam os princípios que orientam os comportamentos, enquanto que a Moral tem a função de analisar e emitir opinião sobre estes. No entanto, inerente à Ética e à Moral está a Deontologia, a qual estatui e codifica as regras a que deve satisfazer a actuação profissional. Assim, a Deontologia profissional adquire o estatuto de referência de cada um no exercício quotidiano de cada profissão. A enfermagem possui o seu Código Deontológico pelo qual o enfermeiro deverá reger a sua conduta.

O Código Deontológico do enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 1 de Abril (referente ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Será, então, importante fazer referência a alguns artigos que irão nortear os comportamentos do enfermeiro. O artigo 78.º, o qual representa o “artigo ético” do articulado deontológico, será o primeiro a ser abordado, uma vez que expressa os princípios gerais à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres. Deste modo, o artigo refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”(p.56). Então, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, bem como deverá reconhecer e respeitar, o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida, quer seja o cliente, quer seja o enfermeiro. (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

No artigo 81.º - dos valores humanos, na alínea f está descrito que o enfermeiro assume o dever de “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (p.58). Neste artigo está patente que o enfermeiro ao cuidar da mulher em situação de aborto espontâneo em contexto de internamento deverá respeitar as suas crenças e comportamentos tendo em conta a sua cultura e a comunidade onde está inserida, não esquecendo o seu passado vivido e as suas expectativas face ao futuro. Será importante reflectir que esta mulher está a passar por momentos de angústias e receios o que, por vezes, fá-la demonstrar de forma mais visível as suas crenças, religiosas ou não, os valores morais da sua cultura, etc., fazendo, assim, com que o enfermeiro esteja preparado e consciente que é seu dever respeitá-la deixando-a exercer os seus direitos.

Deste modo, Rosenblatt (2003) menciona que cada cultura tem os seus próprios métodos de lidar com a perda, os quais podem ser mais ou menos padronizados, mas, no entanto, abrangem uma série de conhecimentos, crenças espirituais, rituais, expectativas e etiqueta. A tentativa de oferecer compreensão e assistência às pessoas de sociedades diferentes da nossa não justifica o facto de privilegiarmos a nossa cultura desprezando a cultura daqueles que pretendemos compreender e ajudar. Sendo assim, o procedimento adequado deverá dirigir-se para a aprendizagem, respeito e compreensão das realidades dos outros, não dando importância às divergências existentes entre ambas as realidades.

Já no artigo 89.º - da humanização dos cuidados, a alínea b descreve que o enfermeiro tem o dever de “contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”.

Tendo em conta o artigo 81 em que o enfermeiro tem o dever de respeitar a pessoa nas suas opções políticas, culturais, morais e religiosas, então, o artigo 89 vem acrescentar que, para além deste respeito, o enfermeiro tem o dever de, em conjunto com o cliente, aumentar as suas potencialidades, orientando, supervisionando e liderando os processos de adaptação do indivíduo, o autocuidado, os processos de luto, os processos de aquisição de estilos de vida saudáveis (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Os mesmos autores referem-se à enfermagem como sendo “ (...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (p.381).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa. Pelo facto de o abortamento espontâneo ser um acontecimento que leva a uma situação de crise na vida da pessoa, esta viverá de forma mais intensa os cuidados que lhe são prestados.

Segundo Honoré (2004) o acontecimento é o que ocorre no decurso da vida, sendo este excepcional, inesperado pelo que não se tem qualquer resposta antecipada. Deste modo, o autor refere que o cuidado, num momento de crise, tal como no abortamento espontâneo, não se deve cingir aos actos e às acções suscitadas pelas manifestações explicáveis, mas é, também, ao cuidar, ter a preocupação em valorizar o acontecimento, cujo sentido se tem que compreender através da sua vivência.

Assim, para Hesbeen (2000), os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro à pessoa/família com vista a ajudá-los na sua situação, recorrendo-se, para este fim, das competências e das qualidades inerentes a um enfermeiro.

Deste modo, perante uma situação de abortamento espontâneo, o enfermeiro tem um papel muito importante e por vezes decisivo no apoio a dar a essa cliente e à família.

Keating e Seabra (1994), nesta ordem de ideias, referem que é essencial que saibam demonstrar a sua disponibilidade para ajudar e, neste sentido, é indispensável fornecer toda a informação inerente à situação, repetindo-a, se necessário, uma vez que, nesta fase, a cliente/família só retém fragmentos daquilo que lhes é dito.

No caso do abortamento, e segundo Thompson, Melia e Boyd (2003), tem que se informar aquela cliente do acontecido, uma vez que ela não só tem direito à verdade, como mais tarde ou mais cedo, vai ter de saber. A dor da perda não pode ser evitada, no entanto, terá que se ter em consideração as

consequências para aquela mulher (e marido/companheiro, etc.), aquando do acto da informação. O enfermeiro ao ser verdadeiro, terá a responsabilidade de decidir até onde a pessoa suporta saber a verdade ou como pode ser feita a revelação total em determinados momentos e perante as situações específicas. Assim, algumas perguntas surgem: como, quando e onde é que a enfermeira dá a informação? Será que deve chamar o médico e tentar rodear, desta forma, a situação difícil em que se encontra? Deverá dizer primeiro ao pai? Deverá esperar que o pai esteja presente para dar a notícia aos dois ao mesmo tempo para que se apoiem mutuamente? Quem partilha o desgosto com a mãe? E quem é que está disponível para continuar a prestar apoio emocional?

Tal como está previsto no REPE (1998) (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), o enfermeiro deverá “ Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar esse processo e introduzir as correcções necessárias” (p. 2960). Assim, também é salvaguardado pelo código deontológico mais precisamente no artigo 84.º- do dever de informação – que

“No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; f) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 59).

Isso exige, por parte dos profissionais de enfermagem, uma escuta activa e, desta forma, tentar compreender o significado da perda para aqueles indivíduos ajudando-os então a expressar os seus sentimentos face à situação e também demonstrar disponibilidade para satisfazer as dúvidas que a cliente/família possam apresentar, salvaguardando, assim, o direito à informação que quer a cliente, quer a família têm. Partilhar uma verdade dolorosa requer uma grande sensibilidade e aptidão para poder avaliar como, quando e onde é indicado dar a informação.

Keating e Seabra (1994) alertam que também é importante falar de assuntos sobre os quais os pais estão mais reticentes em abordar e com os quais num futuro próximo irão se confrontar e que, no momento, não prevêm, nomeadamente dar a notícia a outros filhos, possibilidade de recorrência da situação em gravidezes futuras, entre outras.

Tal como referem Rolim e Canvarro (2006), muitas vezes o que acontece, porque há desconhecimento do processo de luto, é que os enfermeiros quando prestam cuidados a essas mulheres preferem não tocar no assunto, pensando que, assim, a cliente/família não se relembrará da sua perda, criando-se uma conspiração de silêncio que pode dificultar a aceitação da perda e atrasar o trabalho de luto.

A inibição que o enfermeiro sente por ter de partilhar a verdade nesta situação, está provavelmente mais relacionada com o medo de aceitar a responsabilidade de dizer a verdade do que com qualquer dúvida acerca dos direitos da mãe.

Maliski (1998) ressalva que o enfermeiro não é imune à perda e ao luto, o que faz com que necessite de tomar consciência disto e permitir a si próprio a oportunidade de sofrer quando necessário, para que possa manter o seu “eu” saudável e ser capaz de prestar cuidados eficazes. Ele também nasceu inserido numa sociedade com uma cultura estabelecida, a qual permite a emergência de determinadas atitudes acerca da morte/perda e de manifestações apropriadas no sofrimento.

É referido, também, que o enfermeiro muitas vezes está socializado na cultura biomédica, através da educação e orientação no mundo do trabalho, em que uma crença dessa cultura é a de que a morte/perda representa uma falha médica. Assim, se se acredita nisto, é desconfortável estar perto de quem sofre um processo de luto. Por isso mesmo, o enfermeiro precisa de estar consciente de algum desconforto que possa vir a ter quando lida com aspectos relacionados com a perda e deve, se necessário, procurar ajuda, para resolver esse desconforto.

A autora também refere que, pela sua natureza, os cuidados envolvem algum sentimento, por isso, o enfermeiro que cuida também sentirá uma perda quando há um resultado insatisfatório. Não é necessário nem aconselhável

negar esses sentimentos, porque tornou-se reconhecido que os enfermeiros que lidam com esse tipo de stress, onde a morte e a perda são situações comuns, necessitam de sofrer e de se renovarem a si próprios para se desenvolverem. Acima de tudo, o enfermeiro necessita de reconhecer e aceitar os seus próprios sentimentos. Se assim não for, o enfermeiro não consegue ajudar aquela mulher e família a reconhecer a perda e a ventilar emoções.

É, pois, importante que aconteça a escuta activa, que esteja presente o toque terapêutico e até mesmo comover-se com a mãe e/ou família para que seja fomentada a partilha de sentimentos. Para que isso possa acontecer, o enfermeiro precisa de se sentir confiante e preparado para partilhar esses sentimentos com a cliente/família.

Segundo Sodré da Motta (2005) citando Stefanelli, é por meio da relação terapêutica que se identificam os problemas da cliente em relação à experiência vivida no momento, podendo determinar os objectivos de assistência do profissional. Diante do cuidar, o relacionamento interpessoal possui características terapêuticas, significando isso, que a interacção está direccionada a promover a conservação, a melhoria e a restauração da vida por meio do envolvimento emocional e do uso de atitudes próprias de tratamento.

Um dos estudos efectuados por Swanson-Kauffman, citado por Wheeler (1999), sobre a mulher e família que experienciaram uma perda perinatal identificou uma construção teórica sobre o cuidar das pessoas em processo de luto, com cinco componentes no processo de cuidar, sendo estes: conhecimento; estar com; fazer por; capacitar e continuar a acreditar. No que se refere ao *conhecimento*, contende que o enfermeiro teve o tempo indispensável para colher dados sobre a pessoa, de modo a apreender qual a percepção e o significado da perda para a mulher e família, a avaliação da percepção de cada membro da família sobre a perda e os acontecimentos que a envolvem são cruciais antes de qualquer intervenção. Quanto ao *estar com* é a forma como o enfermeiro transmite aceitação à cliente/família e como é capaz de compreender os vários sentimentos e percepções de cada membro da família; *fazer por* serão as actividades desempenhadas pelo enfermeiro para realizar os cuidados físicos, conforto e segurança da cliente/família. Já *capacitar* requer que o enfermeiro ofereça à cliente/família opções para os cuidados. O enfermeiro deve, então, entender antes como cada pessoa percepção a perda

e o que esta significa para cada uma delas e, então depois, dar informação, orientação antecipada, escolhas para tomada de decisões, apoio durante a hospitalização e após a alta, o que lhes permite um maior controlo sobre a situação que estão a viver, e sentindo-se, desta forma, mais confortáveis a colocar questões consoante as suas necessidades, em vez de ser o enfermeiro a fazê-lo.

Então, durante a hospitalização, a utilização de material escrito e a partilha verbal de informação poderá auxiliar a pessoa/família em luto a perceber a sua própria dor bem como a dos outros. Deste modo, o enfermeiro garante que o cliente tenha acesso à informação, tal como está preconizado pela OE (2003). Em termos de *continuar a acreditar* a autora refere que o enfermeiro deverá potencializar as capacidades de reorganização da cliente/família, tendo em conta que, nos cuidados de enfermagem “procura-se (...) prevenir a doença e promover os processo de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (Ordem dos enfermeiros, 2006)

Assim, para elaborar um plano de cuidados adequado e relevante para a pessoa, particularmente na situação da mulher que está a viver o aborto espontâneo, o enfermeiro tem que avaliar cuidadosamente a forma como está a ser vivida aquela perda, o contexto da situação corrente da pessoa e da orientação cultural tendo em atenção as suas experiências anteriores (Maliski, 1998).

Para facilitar a expressão adequada de pesar e, conseqüentemente, o trabalho de luto, bem como a construção de alternativas de vida significativas, em situações de perda por abortamento e não só, Rolim e Canavarro (2006) apresentam um Protocolo Terapêutico. Este protocolo, embora se trate de um protocolo global, deverá ser adaptado às situações e às pessoas em questão.

Na primeira fase, cabe ao profissional de saúde **identificar pais e familiares em risco de desenvolver respostas à perda não adaptativas**, a qual passa pela avaliação de um conjunto de factores, já mencionados no sub capítulo Perdas e luto, contemplados na fig. 1, os quais vão influenciar o

desenvolvimento de situações de risco psico-emocional. A adequação da intervenção depende da avaliação da interacção destes factores e do reconhecimento de reacções que revelem complicações no processo de luto.

Quanto à segunda fase, **Favorecer a aceitação da perda**, esta provém dos resultados obtidos na avaliação psicológica realizada na primeira etapa. Aqui, torna-se necessário ajudar a tornar real a situação de perda, quando por parte dos pais e do meio envolvente há um evitar quase total de falar nela.

Na terceira fase, **Dar a conhecer o processo de luto**, será importante que o enfermeiro dê a conhecer as fases do processo normal de luto e as respostas que o acompanham. Assim, a mulher/família fica a conhecer melhor o processo que está a percorrer, reenquadrando-o e ajudando, assim, a normalizar as reacções emocionais à perda.

Finalmente na quarta fase, **(Re)introduzir o padrão de rotina habitual, ajudar a construir novos significados e a restabelecer a sensação de controlo**, tem-se como objectivos a sua adaptação, ajudar a restabelecer os habituais padrões de funcionamento individual e familiar, prevenir recaídas emocionais (sobretudo em gestações futuras) e facilitar a construção de alternativas de vida, encontrando novos significados e restabelecendo a sensação de controlo. Face a isto, a autora, mencionando Rothbaum, Weiz e Snyder, faz referência a dois tipos de controlo, controlo primário, relativo à percepção de que determinado resultado pode ser alcançado através da acção do próprio, e controlo secundário, que envolve a aceitação da situação tal qual, e a adaptação às circunstâncias. Assim, ao aceitar determinadas situações, o sentido de controlo aumenta devido à menor frequência de sensações de desespero e à disponibilidade para concentrar os esforços em áreas mais permeáveis a influência directa. Deste modo, o controlo secundário permite, também, a sensação de controlo primário

Sendo assim, o enfermeiro tem, segundo Wheeler (1999), responsabilidades aquando da prestação de cuidados a pessoas que estão a viver uma perda, tais como: ter conhecimentos sobre o luto, porque poderá perceber se o processo de luto está a decorrer de forma adequada, podendo então, ajuizar e tomar decisões fundamentadas; antecipar quais as necessidades da família e também criar ambiente sem juízos de valor, devendo, deste modo, respeitar os valores,

os costumes, as crenças espirituais e as práticas daquelas pessoas, o que permite que elas possam exprimir os seus sentimentos e emoções, tomar decisões baseadas nas suas necessidades e sentirem apoio nas mesmas.

Também se acrescenta, tendo em conta as competências descritas pela OE (2003), que aquando da prestação de cuidados à mulher em situação de aborto espontâneo o enfermeiro tem a responsabilidade, quando verificar que aquele processo de luto não se está a efectuar de forma adaptativa e/ou a situação requer um nível de perícia que está para além da sua competência actual, de consultar peritos em enfermagem, ou mesmo, quando as necessidades da cliente/família estão para além da sua área de exercício, consultar outros profissionais de saúde, de modo a que sejam proporcionadas àquela mulher e família as condições necessárias para que uma readaptação seja desencadeada, ajudando-a a não desenvolver doença e, deste modo, o enfermeiro contribuirá para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração. Até porque o enfermeiro deverá ter em conta que no Código Deontológico, Nunes, Amaral e Gonçalves (2005) ressaltam, no artigo 91.º - dos deveres para com outras profissões - que este, como membro da equipa de saúde, deve assumir, entre outras, o dever de : “a) actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”. (p. 62).

Uma das condições que se deveria facultar a essas mulheres era ela própria poder escolher onde passar o puerpério, porque o facto de estas pessoas estarem numa unidade onde as outras mulheres estão com os seus filhos, ouvir o choro dos recém-nascidos e ter contacto com os mesmos e com a alegria que emana nas mães destas crianças, torna-se muito doloroso e por vezes penoso (Wheeler, 1999), e o enfermeiro tem o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas tal com está descrito no código deontológico do enfermeiro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), e estas mulheres/famílias só poderão desenvolver mecanismos de readaptação se o ambiente for propício para que tal processo possa acontecer.

Igualmente o enfermeiro terá a responsabilidade, perante estas mulheres, de assegurar a sua privacidade, tal como é referido na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, onde na Base XIV – Estatuto dos utentes alínea c refere que “ Os utentes têm direito a: Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito” e, desta forma, estas mulheres deverão ser colocadas, se desejarem, em quartos particulares, o que lhes permite estarem resguardadas de olhares alheios, e, também, de lhes proporcionar tempo a sós com a sua família para que possam trocar emoções, sentimentos e manifestações de perda que possam ter e que não queiram partilhar com outros.

Viver uma situação de abortamento espontâneo provoca sentimentos de tristeza e angústia quer por parte da mulher, quer por parte da família, os quais devem ser partilhados entre todos e também com o enfermeiro que cuida, então será importante que também haja privacidade para que tal aconteça, uma vez que, em muitas culturas, algumas das pessoas choram quando ocorre uma perda (na maioria das culturas o choro é mais frequente na mulher do que no homem). Os ataques irados e agressivos, verbais ou físicos, são menos comuns do que o choro, inter-culturalmente, mas ainda ocorrem num número significativo de culturas principalmente nas culturas onde a raiva e agressão são normas culturais perante a morte, sendo essas atitudes mais frequentes nos homens do que nas mulheres tal como é referenciado por Rosenblatt (2003).

Também o autor refere que se o sofrimento com a morte/perda envolve a realização de certos rituais e a capacidade de sentir, pensar e fazer certas coisas num ambiente social que apoia esses procedimentos, estar num ambiente social estranho poderá ser extremamente difícil para o indivíduo de luto. Deste modo, e sendo o luto muito pessoal e privado, a avaliação dos cuidados de enfermagem deve basear-se na construção de um ambiente no qual as famílias possam expressar o seu luto, bem como as suas necessidades. (Wheeler, 1999).

Assim, o enfermeiro, respeita, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, o direito da cliente/família à privacidade e a intimidade da pessoa e protege-a de ingerência na sua vida privada, tal como está escrito

no código deontológico (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), no artigo 86.º - do respeito pela intimidade.

No entanto, é de salvaguardar que o direito à privacidade não passa pelo direito a ter um quarto particular ou à medicina privada, tal como referem Thompson, Melia e Boyd (2004), mas em certas situações/circunstâncias pode-se incluir isso, podendo ser o caso da situação de perda por abortamento espontâneo. Vai depender da pessoa, porque também existem mulheres que não gostam de estar em isolamento quando esse tipo de situações lhes acontece.

Conjuntamente, a confidencialidade é outra preocupação e dever que o enfermeiro tem que ter em conta aquando do internamento dessas mulheres, tal como está salvaguardado pela OE (2003) onde se refere que “o enfermeiro tem de garantir a confidencialidade e a segurança, escrita e oral, enquanto profissional”, e onde é salvaguardado também na Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90, de 24 de Agosto, na Base XIV: Estatuto dos utentes, na alínea d onde diz que “os utentes têm direito a ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”.

Assim, o direito à privacidade abrange tanto o direito ao respeito pela dignidade da pessoa (a privacidade física) como o respeito pelos seus segredos (a confidencialidade) (Thompson, Melia & Boyd, 2004).

O enfermeiro poderá, assim, ajudar a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento de modo a não desenvolver doença e a adaptar-se à perda de um filho que nunca conheceu. Deste modo, o enfermeiro poderá cuidar desta mulher/família de forma mais personalizada, olhando as suas particularidades, tendo em conta a sua forma única de adaptação, “transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa.” (Lopes, 1999, p. 68).

A experiência de perda de um bebé vai ser determinante na forma como é encarada a hipótese de uma gravidez no futuro. Quando existiu uma gravidez que não teve um final feliz, a perspectiva de uma nova gravidez vai ser influenciada pelos sentimentos associados à gravidez anterior e pela forma como se resolveu e ultrapassou (ou não) esta perda.

4 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O ser humano difere-se dos outros animais por ser racional, o que faz com que tudo o que o rodeia tenha significado para ele. Deste modo, não se limita a trocar informação com os outros, sendo construtor de significados e teoriza a realidade social. Assim, várias são as disciplinas que procuram responder a questões desta natureza, mas com perspectivas diferentes, sendo elas: a psicologia cognitiva; a psicologia social cognitiva, ou cognição social e a psicologia social das representações sociais, tal como refere Vala (2000).

O autor, apoiando-se nas ideias de Fiske e Taylor, dirige-se à cognição social como sendo aquela ciência que estuda a forma como as pessoas pensam e a forma como as pessoas pensam que pensam a partir da hipótese geral de que os julgamentos e o comportamento social não podem ser entendidos se, eventualmente, não se atender aos processos cognitivos básicos.

Moscovici (1984) faz alusão à psicologia social como sendo a ciência do conflito entre o indivíduo e a sociedade. Em consonância com esta ideia, Jovchelovitch (2004) refere-se à Psicologia Social como sendo a ciência do “entre”. Isto é, o lugar privilegiado do inquérito psicossocial não é nem a pessoa nem a sociedade, mas sim aquela *zona nebulosa e híbrida* que comporta as relações entre os dois. Assim, refere que categorias como a identidade, o eu, o discurso, a representação, a acção, entre outras, são todas produzidas no espaço do “entre”, sendo que “a representação não pode prescindir de sujeitos em relação e de objectos” (Bauer in Jovchelovitch, 2004, p. 21). Ainda a autora relata que não existe uma relação directa, uma correspondência perfeita entre o ser humano e o mundo. O objecto-mundo somente se torna conhecido da pessoa se ela se der ao trabalho de representá-lo.

Deste modo, a psicologia Social procura superar esta dicotomia, indivíduo/sociedade, visualizando o indivíduo e suas produções mentais como produtos da sua socialização num determinado segmento social, tal como refere Spink (1993).

O conceito de representação social é, presentemente, um conceito central em psicologia social, no entanto, a perspectiva psicossociológica que dá vida a

este conceito não é, porém, nova. As suas raízes estão embrenhadas numa rede de raízes formada pela sociologia e pela psicologia.

O estudo científico da sociedade sofreu indiscutível impacto, no séc. XX, com a contribuição de Émile Durkheim. Ele formulou, com firmeza e convicção, uma assertiva que repercutiu nas interpretações sociológicas. Qualificou acção social como uma “coisa”, e preconizou que, para estudá-lo, fossem aplicados os métodos e processos, isto é, os recursos experimentais empregados nas ciências exactas (Lakatos, 1990).

Assim, acção social para Durkheim consiste “em maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo, e dotadas de um poder coercivo em virtude do qual se lhe impõem” (1998, p.31).

Rocher (1989) menciona, na sua obra, que Durkheim não procurava os caracteres da acção social nos estados subjectivos das pessoas, mas antes em realidades exteriores às pessoas e que as constroem.

A partir da definição que Durkheim faz de acção social, Lakatos distingue as características de acção social e divide em: exterioridade; coercitividade e generalidade. No que se refere a exterioridade, explica que “as maneiras de agir, de pensar e de sentir são exteriores às pessoas porque as precedem, transcendem e a elas sobrevivem” (1990, p.64); na coercitividade “as normas de conduta ou de pensamento são, além de externas aos indivíduos, dotadas de poder coercitivo, porque se impõem aos indivíduos, independentemente das suas vontades” (1990, p.65) e, no que se refere à generalidade, será “a consciência coletiva, isto é, o conjunto das maneiras de agir, pensar e de sentir, é característica geral de determinado grupo ou sociedade” (1990, p. 66).

A mesma autora, Durkheim, admitia, entretanto, a existência de duas consciências, sendo que a segunda, a consciência individual, manifestava-se através dos traços de carácter ou de temperamento e de acumulo das experiências pessoais, o que permite uma relativa autonomia no uso e na adaptação das maneiras de agir, de pensar e de sentir.

Segundo Herzlich (2005), para Durkheim, assim como a representação individual deve ser considerada um fenómeno psíquico autónomo não

reduzível à actividade cerebral que a fundamenta, a representação colectiva não se resume à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade.

Desta forma, e de acordo com Rocher (1989), a definição de Durkheim contribuiu para alargar a noção de acção social em dois pontos importantes. Em primeiro lugar, engloba na acção social actividades individuais, mesmo íntimas, pensamentos, sentimentos, na medida em que essas actividades, esses pensamentos e esses sentimentos correspondem às maneiras colectivas de agir, pensar e de sentir. A interacção entre pessoas será apenas uma parte da realidade da acção social; a acção individual pode ser influenciada pelo meio social sem que haja interacção efectiva e não deixa de ser, por isso, acção social. Em segundo lugar, a definição de Durkheim situa mais a acção social no seu meio, no seu ambiente. Assim, apela para uma realidade simultaneamente exterior e interior às pessoas, que as transcende e que elas assimilam: é o que Durkheim chama consciência colectiva.

Serge Moscovici, romeno naturalizado francês, é dono de uma obra considerável, tanto importante para a Psicologia como para a história e as ciências sociais.

O tema de relação entre grupos, actos e ideias (ou imagens) está presente desde 1961, na sua tese de doutoramento - *Psychanalyse, son image et son publique*. Partindo do conceito de representações colectivas, inicialmente proposto por Durkheim, Moscovici cria uma teoria das representações sociais. Farr, citado por Gomes, Mendonça e Pontes (2002), ao diferenciar estes dois conceitos, destaca que o de Durkheim é mais apropriado para um contexto de sociedades menos complexas, enquanto que o de Moscovici se volta para as sociedades modernas.

No entanto, para que se possa situar as representações sociais entre as correntes mais tradicionais das teorias do conhecimento, será importante apelar, como ponto de partida, ao sentido jurídico do termo “representação”. O Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001) define-a como sendo “acção de tornar presente ou sensível um objecto ausente ou um conceito, por meio de imagem, figura ou símbolo” (p. 3203) e, como sendo o “processo de tomar o lugar de, ou simbolizar alguma coisa. *Os processos psicológicos não*

são o espelho do mundo exterior, mas apenas a sua representação” (p.3204). Nestas definições, a ênfase situa-se na natureza do conhecimento e da apreensão da realidade.

Jovchelovitch (2004) faz, assim, alusão à representação como tendo um estatuto polivalente, ou seja, para a autora, a representação é uma construção ontológica, epistemológica, psicológica, social, cultural e histórica. Então, ela será todas essas dimensões ao mesmo tempo, e cada um destes atributos só pode ser entendido em relação a todos os outros, já que do ponto de vista fenomênico eles são dimensões simultâneas do sistema representacional. A autora, apoiando-se em Bauer e Gaskell, mostra, na sua obra, uma forma esquemática do modo de produção da representação e dos seus constituintes, a qual traduz bem o conceito que desenvolve. Esta pode ser visualizada na figura 3.

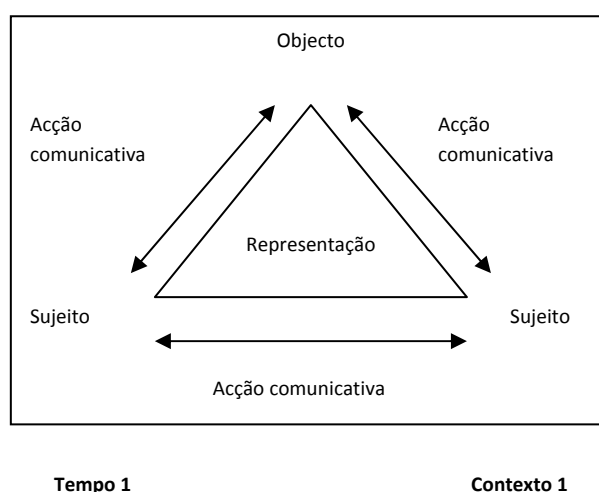


Figura 3- Os Elementos constituintes e o modo de produção da Representação

Fonte: Jovchelovitch, 2004, p. 23

O modelo apresentado na figura representa uma fatia do processo representacional visto no tempo e em contexto. O modelo tem, portanto, os vínculos sujeito-sujeito-objecto-projecto-tempo-contexto-acção comunicativos como fenómenos constituintes do processo total do fenómeno representacional.

Já Cuvillier, na sua obra, e tendo em conta a escola durkheimiana, referenciou as representações do espaço e do tempo, em que, no que se refere à primeira, diz que “ todos os homens numa mesma civilização representam o espaço da mesma maneira e esses valores afectivos com as distinções que daí advêm, são-lhes comuns o que implica quase necessariamente que eles sejam de origem social” (1977, p. 222). Mais refere que as divisões do espaço variam de sociedade para sociedade, o que dá indício que essas divisões não se basearam exclusivamente na natureza inata do homem. No que diz respeito ao tempo, Cuvillier menciona que Durkheim aplicou o mesmo princípio que aplicou com o espaço, sendo que o tempo “implica uma diferenciação das suas partes componentes a uma organização dessas partes (...). Um calendário exprime o ritmo da actividade colectiva ao mesmo tempo que tem por fim assegurar a regulação” (1977, p. 239). Deste modo, Berger (1978) relata que os indivíduos estão localizados na sociedade não só no espaço, como também no tempo.

Para Habermas, citado pela mesma, a representação é “uma estrutura de mediação entre o sujeito-outro, sujeito-objeto. Ela se constitui enquanto trabalho, ou seja, a representação se estrutura através de um trabalho de acção comunicativa que liga sujeitos a outros sujeitos e ao objeto-mundo (...) a representação trabalha colocando algo no lugar de algo, seu trabalho é um trabalho de deslocamento simbólico” (p. 22).

Também Abric, citado por Vala (2000), menciona que “(...) a representação não é um reflexo de um objecto, mas o produto do confronto da actividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objecto.” (p.461).

Para Moscovici, citado por Vala (2000), as representações podem ser entendidas tendo em conta duas perspectivas. Numa primeira perspectiva, elas serão “o reflexo interno de uma realidade externa, reprodução conforme no espírito do que se encontra fora do espírito” (p.459). No entanto, essas reproduções mentais do mundo e dos outros serão o resultado de processos psicológicos e revestirão alguma incorrecção, na medida em que estão sujeitas a enviesamentos resultantes do sistema cognitivo. Numa outra perspectiva, considera-se que “não há corte entre o universo interior e o universo exterior do indivíduo, que o sujeito e o objecto não são essencialmente distintos” (p. 459). Assim, nesta segunda significação, a representação não é percebida

como reprodução, mas como construção. Este, seria então o estatuto epistemológico e teórico que Moscovici imputa ao conceito de representação e no quadro do qual desenvolveu o conceito de representação social.

Segundo Jovchelovitch (2004), a noção de representação é central para uma teoria dos saberes sociais, sendo ela obviamente um dos conceitos-chaves da teoria das representações sociais.

Deste modo, e ainda reportando Moscovici, Vala (2000) descreve representação social como sendo

... um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida quotidiana, no decurso da comunicação inter individual. São o equivalente, na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistos como a versão contemporânea do senso comum. (p.458)

Já Jadelet, citada pelo mesmo autor, define representação social como sendo “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p.457)

Também a mesma, mencionada por Spink (1993), refere que representações sociais são, desta forma, modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que se vive. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias -, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Assim, as representações são, essencialmente, fenómenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção.

Ao analisar a formação das representações sociais, Vala (2000) narra os dois principais processos que Moscovici tem em conta na elaboração das representações sociais: a **objectivação** e a **ancoragem**. A **objectivação** diz respeito ao modo como se organizam os elementos constituintes da

representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural. Assim, a **objectivação** é essencialmente uma operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstractas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se “tão vividos que seu conteúdo interno assume o carácter de uma realidade externa”, Moscovici (in Spink, 1993, p.306).

Esse processo implica, segundo Vala (2000), três etapas: **Construção selectiva**, **esquematisação** e **naturalização**. Na **construção selectiva**, as informações, crenças e ideias acerca do objecto da representação sofrem um processo de selecção e descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais. No que se refere à **esquematisação**, esta corresponde à organização dos elementos, isto é, à sua esquematização estruturante, sendo que Moscovici, recorre a dois conceitos, *esquema* e *nó figurativo*, para evocar o facto das noções básicas, que constituem uma representação, se encontrarem organizadas por forma a constituírem um padrão de relações estruturadas. Quanto à **naturalização**, esta será quando os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações se constituírem como categorias naturais e adquirirem materialidade. Não só o abstracto se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes a realidade e os conceitos.

No que diz respeito à **ancoragem**, o autor refere-se a esta como sendo a “assimilação de um objecto novo por objectos já presentes no sistema cognitivo. Estes objectos são as âncoras que vão permitir construir a representação do novo objecto” (p. 475). Assim, com esse conceito, Moscovici pretende referir uma segunda categoria de processos associados à formação das representações sociais: os processos através dos quais o não-familiar se torna familiar e os processos através dos quais uma representação, uma vez criada, se torna um organizador das relações sociais.

O autor refere ainda que, numa analogia cronológica, a ancoragem por um lado precede a objectivação e que, por outro, se situa na sequência da objectivação. No que diz respeito a preceder a objectivação, a ancoragem refere-se ao facto de qualquer construção ou tratamento de informação exigir

pontos de referência, por exemplo, quando uma pessoa pensa num objecto, o seu universo mental não é, por definição, uma tábua rasa. Por outro lado, é por referência a experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que um objecto novo pode ser pensado. Em qualquer dos dois sentidos, a ancoragem parece funcionar como estabilizador do meio, como redutor de novas aprendizagens e de comportamentos inovadores.

O autor também faz menção à teoria do núcleo central das representações sociais desenvolvida por Abric e Flament. Esta articula-se em torno de uma hipótese geral: *“toda a representação é organizada à volta de um núcleo central”* (Abric in Couto, 1994, p. 50). Deste modo, este núcleo central é o elemento fundamental da representação, porque é ele que determina, muitas vezes, a significação e a organização da representação.

Então, e segundo Abric, mencionada por Vala (2000), as representações incluem dois sistemas de significados: o sistema central e o sistema periférico. No que se refere ao sistema central, este é inflexível, coerente e seguro, é consensual, define a homogeneidade do grupo e está aliado à sua história colectiva. É ao sistema central que compete determinar a organização da representação e criar a significação dos elementos da representação. Por sua vez, os elementos periféricos são mais flexíveis, mudam, são sensíveis ao contexto, integram as experiências individuais e é neles que se manifesta a heterogeneidade do grupo.

Assim sendo, as suas funções são a adaptação contextual da representação e a protecção do núcleo central. As representações sociais podem, desta forma, abranger divergências individuais, ao mesmo tempo que se encontram organizadas em torno de um nó central colectivamente partilhado.

Com essa abordagem genérica sobre representações sociais, pretendemos compreender e analisar uma dimensão mais específica que é a representação social dos enfermeiros face às suas competências, nomeadamente aquando do abortamento espontâneo.

Nos últimos anos, a teoria e o método das representações sociais têm adquirido força no campo das investigações na área da saúde. No que se refere à enfermagem, esta está a aderir em massa a este tipo de abordagem e, um dos aspectos que favorece esta adesão é o cada vez maior interesse pelas

investigações com metodologia qualitativa. Assim, e segundo Tavares e Teixeira (1998) tanto o sujeito como a sua experiência e o sentido que o mesmo oferece à sua actuação, tornaram-se o objecto de interesse das pesquisas no campo da enfermagem em que o discurso do sujeito é revelador da realidade pois é mediante as suas representações que brotam os conteúdos afectivos e cognitivos os quais levam à acção. Então, estudar as representações sociais torna-se pertinente, uma vez que esclarece os verdadeiros aspectos da vida do sujeito.

Deste modo, as autoras, aquando do seu estudo sobre representações sociais na enfermagem, fazem referência à importância e pertinência do estudo das representações sociais nesta área, uma vez que ele será profícuo tanto no nível académico, como teoria e método, quanto no assistencial, revelando, desta forma, os aspectos psicossociais, referentes às instituições e ao relacionamento com os clientes que utilizam aqueles serviços.

Assim, e ainda mencionando as mesmas autoras, o estudo das representações sociais constitui uma nova maneira de pesquisa e de produção de conhecimento que vai além do modelo mecanicista, o qual tem vindo a produzir descontentamento entre os pesquisadores na enfermagem, que aspiram a um método mais flexível e simultaneamente mais fiel da realidade. Então, o sujeito, a sua experiência e o sentido que ele mesmo concede à sua acção tornaram-se o objecto de interesse das pesquisas no campo da enfermagem.

Ferreira (2003) no estudo que efectuou sobre “O olhar dos enfermeiros sobre a profissão – um estudo de representações sociais”, propõe analisar o modo como os enfermeiros, que trabalham em cuidados hospitalares, percebem a profissão e os profissionais de enfermagem, delineou alguns resultados que são importantes referir, de modo a que se possa compreender, numa primeira instância, a percepção que têm da sua profissão e dos profissionais que dela fazem parte, para, numa segunda instância, perceber como esta classe profissional representa as suas competências, no que diz respeito a cuidar da mulher em situação de abortamento espontâneo em contexto de internamento, que é o que a presente dissertação tem por objectivo.

Então, e tendo em conta a conclusão do estudo, a autora refere que os enfermeiros evidenciam todas as dimensões mencionadas na investigação (aprendizagem/formação; trabalho em equipa; teoria/prática; relação de ajuda; responsabilidade; autonomia; componente instrumental e motivação) como sendo importantes no desempenho e competência profissional para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade. No entanto, embora achassem que todas elas eram importantes, umas são mais valorizadas do que outras, nomeadamente a *motivação* e as competências de *relação de ajuda*.

O estudo também sugere que os enfermeiros com mais de cinco anos de experiência profissional, enfatizam mais as competências autónomas da profissão, ao sentirem-se mais responsáveis pelas suas acções, assumindo os riscos e responsabilidades inerentes a esse comportamento. Também estes enfermeiros assumem-se como profissionais autónomos, com saberes próprios, diferentes mas complementares dos outros técnicos de saúde. Parece indicar, também, a valorização da teoria integrada na prática, do trabalho em equipa, são mais sensíveis às necessidades dos doentes e apresentam mais capacidade para formar os outros.

Quanto à percepção das competências pelos enfermeiros em função da sua categoria profissional, os resultados revelam que são os enfermeiros especialistas que atribuem maior importância a todas as dimensões, sendo essas diferenças mais significativas entre os enfermeiros generalistas e os especialistas.

Em jeito de conclusão, a autora refere que o estudo aponta para a importância da motivação e da relação de ajuda na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e que o ser sensível às necessidades do doente e o ser interessado pelo seu trabalho são características imprescindíveis a um enfermeiro competente. Relativamente à influência que o sexo, anos de serviço e categoria profissional podem ter no modo de os enfermeiros percepcionarem a profissão, os resultados parecem revelar que, apesar de existirem diferenças, a maioria dos enfermeiros, independentemente dessas variáveis, considera todas as dimensões e características importantes no seu desempenho profissional, ao ter como objectivo a excelência dos cuidados de enfermagem.

Assim, tendo em consideração a psicologia cognitiva, a forma como o indivíduo actua e sente vai depender das representações esquemáticas que possui da realidade.

No entanto, é importante recordar Teixeira (1996) quando refere que estas representações que possuem também estão relacionadas com a história da enfermagem, isto é, no passado, as confidências que eram partilhadas com as enfermeiras, o contacto com o corpo nu do utente, levava que essas pessoas fossem consideradas pessoas “levianas” e de “mau porte”. Com o passar do tempo, começou a ser vista como *mãe*, uma vez que ela não precisava de ter entretenimento, vivendo simplesmente para falar sobre doença, relação de ajuda e de cultura. Assim, a grande maioria das enfermeiras, senão todas, eram solteiras, e este, era um pré requisito para envergar pela profissão. Depois, o facto de se ter tornado “mãe universal”, ou seja, do marido, dos filhos, dos doentes, dos amigos, entre outros, é que se começou a visualizar um certo cansaço.

Com o surgimento dos primeiros conflitos mundiais, a enfermeira passa a ser a heroína. Deixa de ser vista como pessoa com todas as aspirações individuais e passa a ser uma profissional 24 horas por dia, esperando-se, deste modo, a sua dedicação sem reservas.

Actualmente, o enfermeiro é encarado como simples executante. Invulgarmente se diz que o enfermeiro foi para essa profissão porque assim o desejava. Pensa-se que é pelo facto de ter falta de dinheiro, por não conseguir ir para medicina por impossibilidades económicas ou de inteligência, e logo se pergunta o porquê de ir para enfermagem, obedecer em vez de mandar, quando se percebe que a pessoa é inteligente.

A prática de enfermagem tem sido dominada pelo modelo biomédico, no entanto, hoje, tem-se tentado fugir desse quadro de referência. A contribuição da psicologia, o interesse cada vez maior pela psicologia de desenvolvimento como ciência que estuda a pessoa desde a concepção até à morte, têm sido muito importantes para a nova concepção de cuidados de enfermagem.

Em Portugal, e reportando ainda a mesma autora, a enfermagem, nos últimos tempos vem também reflectindo as aquisições feitas no âmbito da definição do núcleo das acções caracterizadoras do domínio do cuidar, e beneficiando, a

nível da definição legal da carreira, do movimento reivindicativo no mundo e especialmente na Europa. Assim é que o próprio legislador, ao estabelecer o regime jurídico da carreira de enfermagem, enforma o conteúdo funcional do enfermeiro com aquelas aquisições conceptuais.

No entanto, e depois de vinte anos de colóquios e de múltiplos estudos visando promover e estabelecer a especificidade da profissão de enfermagem, e de várias formulações dessa especificidade, no momento actual, a nossa profissão é, por alguns elementos, confinada a uma representação de executante de prescrições médicas. Então, arriscamo-nos a pensar que o passado vivido por cada um, por cada enfermeiro, poderá influenciar o modo como ele actua, consequência das representações esquemáticas que tem da realidade onde viveu e onde está inserido.

Peneff (2002), que efectuou um estudo no âmbito da observação de profissionais de saúde a desempenhar a sua função num serviço de urgências, referiu que o trabalho da enfermagem combina o poder de decisão e a simples execução de tarefas domésticas, a participação na gestão e a aplicação de operações de rotina e materiais. Essa mistura de trabalho manual e intelectual conjuga um poder de comando e o dever de obediência, aptidões que dificilmente se encontram numa mesma enfermeira ao longo de uma carreira.

Assim, e para o autor, a enfermagem é uma profissão de organização de relações sociais. Gerir encontros, estimular contactos, estabelecer relações entre os utentes e os servidores, constituem uma actividade específica. A observação da enfermeira das urgências fez-lhe pensar que a par de algumas intervenções breves e repetidas todos os dias (pressão arterial, ECG, perfusão, injecções, pensos, limpeza de feridas), o tempo de trabalho é essencialmente passado a estabelecer relações entre as diferentes categorias de actores, as diferentes administrações e os clientes. Segundo o autor, trata-se de uma profissão de encenação de relações sociais, uma missão obrigatoriamente intermediária. Deste modo, essa função coloca-as numa posição que lhes permite julgar alguns dos comportamentos profissionais dos seus superiores (respeito dos horários, preferência por determinada clientela, consultas privadas). Tal posição estratégica concede-lhes um poder temido por alguns chefes e uma influência real, vantagens da profissão que compensam muitos inconvenientes.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A mulher em situação de abortamento espontâneo, antes de mais, é um ser com características próprias e com capacidade de escolher caminhos que estabeleçam um ambiente facilitador, na medida do possível, para o desenvolvimento de vínculos de confiança e afectivo, de modo que, essa e o enfermeiro sintam-se mais seguros e disponíveis para o cuidado.

Não se pode alcançar uma verdadeira consciência do cuidado somente através do conhecimento da análise filosófica e/ou explicações científicas, mas deve ser compreendido e sentido na experiência de vida de cada um, sendo o cuidado uma experiência vivida, um conhecimento pessoal interior, desenvolvido a partir do modo do indivíduo ser-no-mundo.

A enfermagem é uma realidade dinâmica, em que procuramos compreender o modo como os enfermeiros representam o cuidar quando lidam com mulheres que viveram um aborto espontâneo, recorrendo a investigação científica, pois é um percurso que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos reais, ou seja, é um processo sistemático que permite investigar problemas ou fenómenos, com o objectivo de obter respostas a questões precisas. Deste modo, tentaremos dar resposta à nossa pergunta de partida com este estudo.

1 - TIPO DE ESTUDO

Pela natureza desta investigação, consideramos que a abordagem qualitativa fosse a mais adequada uma vez que, tal como referem Denzin & Lincoln citados por Streubert e Carpenter (2002) “A investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e como tal dá sentido à vida humana.” (p.2). Assim, e segundo os mesmos autores, uma vez que a realidade da enfermagem tem a ver com questões humanas, então seria importante que a investigação envergasse pelo caminho que fornecesse os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.

Oliveira (2000) acrescenta ainda que “(...) a pesquisa qualitativa tem como objectivo situações complexas ou estritamente particulares.” como também permite “(...) a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.” (p.117). Esse tipo de investigação possibilita reflectir sobre questões que nos inquietam a partir das falas dos sujeitos que, submetemos à análise, a qual trazem significados, auxiliando na compreensão da problemática levantada.

Assim, Bogdan e Biklen (1994) referem que a investigação qualitativa possui cinco características: na investigação qualitativa a fonte directa dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; a investigação qualitativa é descritiva; os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva e por último, o significado é de importância vital na abordagem qualitativa. No entanto, os autores ressaltam que nem todos os estudos que consideram qualitativos evidenciam estas características com igual expressividade, sendo alguns deles, inclusivamente, totalmente desprovidos de uma ou mais das características.

Stern et al citado por Carpenter (2002) afirmam que “A enfermagem ocorre num contexto natural e não num controlado, e o processo de enfermagem exige constante comparação dos dados colhidos com os dados codificados, enunciação de hipóteses, uso de literatura como dados e colheita de mais dados para verificar ou rejeitar hipóteses” (p.117), o que justifica a utilização de metodologias qualitativas.

As ciências humanas são específicas e possuem metodologia própria, a qual procura os dados e acontecimentos no contexto onde ocorrem. Assim, a abordagem qualitativa considera que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O sujeito observador faz parte do processo de conhecimento e interpreta os fenómenos de acordo com os seus valores e crenças, dando-lhes um significado. Ele observa, descreve e interpreta tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo.

Este caminhar pela abordagem qualitativa procura compreender o fenómeno em estudo através do contacto directo e no contexto onde ocorre,

considerando o universo das suas inter-relações, ainda e através de uma actividade interpretativa de construção, produção de significados numa perspectiva temporal e espacial.

Também é de referir que a abordagem qualitativa alberga situações complexas ou estritamente particulares à procura de compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais e possibilitar a compreensão mais refinada e profunda do comportamento dos indivíduos.

Deste modo, o nosso objecto de estudo é o enfermeiro, no sentido de perceber como representa a sua prática do cuidar à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento.

Delineamos então, para o trabalho os seguintes objectivos:

- Perceber que práticas os enfermeiros referem desenvolver com a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento.
- Compreender que representações têm os enfermeiros face à prática do cuidar à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento;

Assim, este estudo é de abordagem qualitativa do tipo descritivo exploratório, no qual foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

2- PARTICIPANTES E CONTEXTO

No que refere aos participantes, Streubert (2002) menciona que “Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse.” (p. 25). Deste modo, os participantes do nosso estudo foram enfermeiros com os seguintes critérios de elegibilidade:

- participantes que viveram a experiência de prestar cuidados a mulheres em situação de aborto espontâneo em contexto de internamento;
- participantes que autorizaram a participação no estudo, através de assinatura do consentimento informado.

Este estudo foi desenvolvido no hospital do Divino Espírito Santo, sem utilizar uma unidade de internamento específica uma vez que, a unidade de internamento onde iria ser efectuado o estudo (serviço de Ginecologia) foi extinto durante a elaboração deste trabalho de investigação, dando lugar à unidade de internamento: Cirurgia V.

O serviço de ginecologia foi extinto porque o movimento de entrada de doentes que diariamente tinha não era suficiente para justificar a sua permanência, quando noutros serviços havia sobrelotação de doentes. Deste modo, foi criado uma nova unidade de internamento, Cirurgia V, a qual continua a receber os mesmos doentes que anteriormente recebia, mas também recebe outro tipo de doentes submetidos a outro tipo de cirurgias. Ou seja, tornou-se numa cirurgia mais polivalente de forma a dar resposta às outras unidades de cirurgia.

Assim, foi necessário recorreremos a esta unidade e também a outras unidades de internamento onde os enfermeiros, que anteriormente estavam adstritos ao serviço de ginecologia, no momento da colheita de dados se encontravam a trabalhar.

No entanto, e tendo em atenção que os enfermeiros que foram entrevistados, ao falarem das suas experiências, reportavam-se ao serviço de ginecologia, iremos fazer uma breve descrição do mesmo.

O serviço de ginecologia tinha uma lotação de 24 camas.

A equipa de enfermagem era constituída por 13 enfermeiras, distribuídas pelas seguintes categorias:

- 1 (uma) enfermeira chefe;
- 5 (quatro) enfermeiras especialistas em obstetrícia e ginecologia;
- 5 (cinco) enfermeiras graduadas;
- 2 (duas) enfermeiras.

É de salientar que a enfermeira chefe, chefiava dois serviços, o de ginecologia e de obstetrícia e, por vezes, havia necessidade de recorrer a elementos do serviço de obstetrícia para cobrir alguns turnos do serviço de ginecologia.

A carga horária era de 42 horas semanais pois todas possuíam regime de horário acrescido. O horário era praticado de forma rotativa, manhã (6) seis horas, tarde (6) seis horas e noite (12) doze horas, sendo a distribuição das enfermeiras por turno, 2, 1, 1 respectivamente nos turnos de manhã, tarde e noite. A enfermeira chefe tinha horário fixo das 9 (nove) horas às 16 (dezasseis) horas.

Quadro 1- Caracterização dos participantes

Nº de enfermeiros	Tempo de exercício profissional	Idade
6	menos de 9 anos	menos de 34 anos
2	mais de 10 anos	mais de 35 anos

Tendo em conta o contexto do estudo, Streubert (2002) refere que “ O campo é o lugar onde os indivíduos de interesse vivem – onde experimentam a vida.”. Deste modo, “ (...) é boa prática entrevistar quando e onde for mais confortável para eles. Quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada. ”. (p.24,26)

Assim, o contexto do estudo foi num local escolhido pelo entrevistando o qual coincidiu com o local de trabalho de cada enfermeiro (Cirurgia V; Obstetrícia e Bloco de partos).

O acesso ao campo foi feito através da autorização dos participantes e autorização do Conselho de Administração.

3- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Por se tratar de um estudo qualitativo, e sendo que, na investigação qualitativa os investigadores estudam a realidade no seu contexto natural, tal como ele acontece, tentando interpretar os fenómenos de acordo com os significados que têm para as pessoas implicadas, tal como refere Gomes, Flores e Jiménez (1999), então, iniciámos o nosso estudo com entrevistas exploratórias a alguns enfermeiros, com as características dos enfermeiros, do futuro estudo, e só depois, foi elaborado o guião de entrevista.

Esta experiência é encarada por nós como sendo uma mais valia, pois permitiu desenvolver algumas competências, nomeadamente em termos de utilização de técnicas de validação e clarificação durante as entrevistas, facilitaram e criaram um certo à vontade e espontaneidade perante o gravador, meio utilizado para o registo das entrevistas, com autorização prévia dos participantes e também a nossa capacidade de escuta foi aperfeiçoada.

Assim, e com esse treino, foi possível corrigir a linguagem e redundância de algumas perguntas o que permitiu uma melhor compreensão das mesmas. A apreciação das entrevistas exploratórias foi feita com a professora orientadora e enfermeiros, resultando, deste modo, no guião de entrevista.

Para facilitar respostas à pergunta de partida: “ Que representações têm os enfermeiros face aos cuidados que prestam à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento?” foram elaboradas as seguintes sub-perguntas:

Para analisar os cuidados prestados à mulher em situação de aborto espontâneo segundo o relato dos/as enfermeiros/as foi formulada a questão: Recorde-se das mulheres em situação de aborto espontâneo a quem tenha prestado cuidados de enfermagem. Relate-me o que fez durante o processo de internamento. Tenha em conta os cuidados físicos, psicológicos, espirituais, sociais e culturais.

Para compreender, segundo a perspectiva dos enfermeiros, quais as suas responsabilidades profissionais quando prestam cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo foi formulada a questão: Na sua perspectiva, quais são as suas responsabilidades profissionais? Nomeadamente a nível da:

Equipa; Registos; Educação para a saúde; Conhecimentos; Competências técnicas.

Para compreender, de acordo com as perspectivas dos/as enfermeiros/as que implicações éticas e legais estão inerentes à sua prestação de cuidados, relativamente à privacidade e confidencialidade, da mulher em situação de aborto espontâneo, foi formulada a questão:

Que implicações éticas e legais considera na base da sua prestação de cuidados relativamente a privacidade e confidencialidade?

Para analisar, consoante a perspectiva dos/as enfermeiros/as, a valorização profissional que atribuem à sua prestação de cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo foram formuladas as questões: Como se sente enquanto enfermeiro/a ao prestar cuidados a essas mulheres?; Em que medida as suas crenças/valores face à perda/luto influenciam a sua prática de cuidados?

Para perceber, de acordo com as perspectivas dos/as enfermeiros/as, o que consideram essencial para a melhoria da prestação de cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo foram formuladas as questões: O que considera essencial melhorar na sua prestação de cuidados a estas mulheres? Tenha também em conta os factores de serviço: espaço físico; equipa; ambiente; formação contínua.

Como instrumento para a recolha de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada. Streubert (2002) refere que as entrevistas estruturadas são mais utilizadas na investigação quantitativa e a não estruturada permite um maior leque de respostas sendo mais utilizada na investigação qualitativa. No caso do nosso instrumento de colheita de dados, entrevista semi-estruturada, tivemos necessidade de fazer os dois tipos de perguntas, fechadas e abertas de modo a direccionar para o assunto que precisava ser abordado mas também necessitamos de perguntas que permitissem as participantes de moverem-se livremente na sua descrição. Quivy e Campenhoudt (1998) reportam-se à entrevista semi-estruturada como sendo um instrumento de recolha de dados que não é completamente aberto mas também não tem um grande número de perguntas precisas. Também Sousa (1998) descreve a entrevista semi-estruturada como sendo “ (...) estruturada a partir de uma

ordem preestabelecida pelo entrevistador. (...) esta entrevista além de conter questões fechadas e diretas inclui um número pequeno de perguntas abertas, nas quais o entrevistador se utiliza de “certa liberdade” .” (p.31).

No entanto, é de referir que a entrevista semi-estruturada foi utilizada sem empregar as perguntadas sistematicamente, dada ser uma técnica adequada quando pretendemos compreender o “sentido que os autores dão às suas práticas e aos seus acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc.” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.192). Com a entrevista pretende-se recolher a opinião dos sujeitos da investigação, através da interacção entre o entrevistador e o entrevistado.

Até porque, e segundo Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1994), a entrevista semi-estruturada distingue-se da estruturada no sentido em que esta, visando igualmente a recolha de informações, não considera de modo absoluto a ordem de aparição das informações no desenvolvimento do processo.

4- PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Relatado o instrumento que subsidiou o caminhar para a recolha de dados, passamos a descrever os procedimentos posteriores conforme foram acontecendo.

Primeiramente, e respeitando os princípios éticos de qualquer investigação, foi solicitado uma autorização formal dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital (Anexo I), para a recolha de dados e explicado a razão do nosso estudo. Também os participantes acordaram verbalmente e por escrito participar no mesmo, tendo para isso, assinado o consentimento informado, após ter-lhes sido mencionado os objectivos e a pertinência do estudo. As entrevistas foram feitas em ambiente natural e decorreram nos momentos marcados pelos participantes. É de referir que foi sempre salvaguardado e respeitada a privacidade, garantido, deste modo o anonimato. A análise dos dados foi realizada com base na transcrição das entrevistas.

Após todos esses procedimentos, e com a conversa introdutória do tema, os participantes iniciavam uma conversação com espontaneidade, sendo uma das nossas preocupações não interromper o raciocínio dos participantes, deixando-os, deste modo, falar livremente. Foram feitas o menor número possível de interrupções, recorrendo apenas a ajustes com o intuito de o ajudar a reestruturar o seu pensamento, de forma a conseguir uma descrição mais pormenorizada, não esquecendo o “fio condutor”. Em anexo pode ler-se a transcrição de uma entrevista, como exemplo.

No entanto, e ao longo das entrevistas, foram inseridas algumas perguntas por forma de esclarecer algo mais dúbio, nunca esquecendo, para isso, da comunicação não verbal e tendo sempre presente a preocupação de impedir um envolvimento maior da nossa parte. A escuta foi atenta, tentando dar o retorno, evitando condicionar as respostas e procurando resistir à tentação de controlar os momentos de silêncio provocados pelo participante. Bogdan e Biklen (1994) referem que “ é muito importante que esteja atento ao seu comportamento, suposições e tudo o que possa afectar os dados que são recolhidos e analisados.”. No entanto, (...) embora você tente minimizar o seu efeito no meio, espere sempre que exista algum impacto.” (p. 164).

Com tudo isso, sentimos que conseguimos manter uma atitude neutra, criando um clima de abertura e confiança, de forma a obter os dados, cuja riqueza e significado, poderemos verificar na fase seguinte, a análise e interpretação de dados.

As entrevistas decorreram nos meses de Janeiro e Fevereiro do ano de 2008, marcadas em concordância com a disponibilidade do participante, fora do horário laboral, mas realizadas no local de trabalho. Nalguns serviços as entrevistas eram realizadas na sala de reuniões dos médicos, quando esta se encontrava vazia, outras no gabinete da enfermeira chefe, o que facilitou o ambiente onde decorreu a entrevista e salvaguardando a privacidade do participante. As entrevistas foram áudio-gravadas, com a autorização prévia dos participantes. O tempo utilizado nas entrevistas variou entre os vinte (20) e quarenta e cinco (45) minutos.

É importante realçar que os dados recolhidos apresentavam repetição de informação, o que pode sugerir que tenha havido saturação dos mesmos.

Assim, e tal como refere Morse citado por Streubert (2002) “A saturação refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos” (p.26).

Também é de referir que, e segundo Patton (1990), não há regras para o tamanho das amostras, pois elas dependem do objectivo do estudo, da disponibilidade, do que será mais útil, do que se fará com os resultados e dos recursos disponíveis. Assim, centra-se num número de casos suficiente que permitirá compreender a essência do fenómeno e, simultaneamente, passível de ser analisado no período de tempo de que dispomos para a elaboração do nosso estudo.

Também Bogdan e Biklen (1994) referem que “Chega-se a um ponto em que se tem dados suficientes para realizar aquilo que nos propusemos, e a explicação do porquê permanece vazia. É essa a altura de dizer adeus e de passar para a análise de dados” (p. 201).

Como referimos foram oito as entrevistas transcritas, codificadas com as letras de A a H, sendo atribuído o seguinte código, (E – entrevistado) e os enfermeiros eram: EA; EB; EC; ED; EE; EF; EG; EH.

5 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Após recolher os dados de forma cuidadosa e criteriosa, é normal nos depararmos com a difícil tarefa de organizá-los devida à profundidade e riqueza de conteúdos. Também existe a preocupação, do pesquisador qualitativo, extrair do conteúdo todos os elementos que emergiram dos participantes do estudo.

A análise de dados “envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 205).

Para interpretar os dados e analisá-los de forma a atender aos objectivos propostos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, sendo esta uma técnica refinada, delicada que requer muita dedicação, disciplina,

perseverança, paciência e tempo para satisfazer a curiosidade do pesquisador, exigindo, além disso, intuição, imaginação e observação apurada do que considera importante. Também exige, ao mesmo tempo, criatividade para decompor o conteúdo e elaborar as categorias, o que obriga ao pesquisador ter um certo nível de rigidez.

Bardin (1977) definiu análise e conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 42)

Vala (2005) acrescenta que a finalidade da análise de conteúdo será efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Neste estudo para interpretar e analisar os dados obtidos tivemos em conta as linhas orientadoras de Miles e Huberman (1994), os quais apresentam um modelo interactivo que consiste em três passos ou componentes de actividades concorrentes: a redução dos dados, a sua apresentação (organização) e a interpretação/verificação dos dados. A figura 4 ilustra estas componentes da análise de dados.

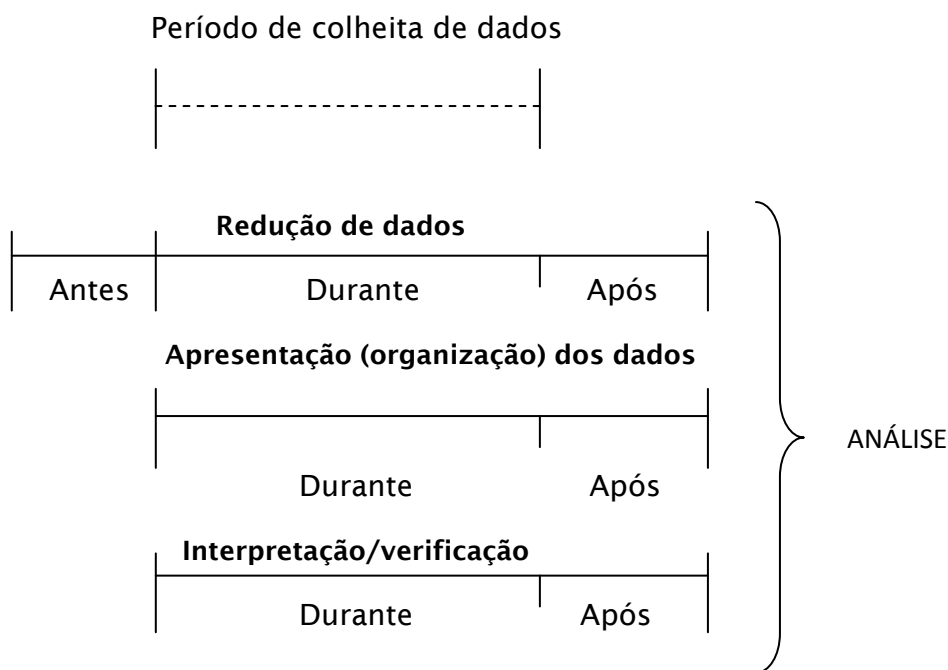


Figura 4 – Os três componentes do modelo interactivo da análise dos dados no tempo
Fonte: Miles e Huberman (1994, p. 10).

A figura permite visualizar a situação temporal das três componentes da análise em função da recolha de dados. A componente da redução de dados inicia-se antes e processa-se também durante e após a recolha de dados, enquanto as componentes apresentação (organização) dos dados e a sua interpretação/verificação se desenvolvem durante e após a recolha dos mesmos, tal como refere Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (1990).

A primeira componente do modelo, a redução dos dados, é definida por Miles e Huberman (1994) como “o processo de selecção, de concentração, de simplificação, de abstracção e de transformação do material colhido” (p. 10). A redução dos dados na investigação qualitativa é uma operação contínua que se inicia desde que se determina o campo de observação até à fase que se decide aplicar um sistema de codificação e resumi-lo.

Segundo Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (1990), a redução de dados pode ser efectuada em três fases distintas da investigação: antes da recolha de dados, sendo esta denominada por *redução antecipada*; durante a recolha de dados – *redução concomitante* e após a recolha de dados sendo esta a *redução*

a posteriori, em que esta estará ligada directamente aos procedimentos utilizados para tratar, apresentar e interpretar/verificar os dados.

Bogdan e Biklen (1994) também corroboram desta ideia quando referem que existem estilos diferentes de investigação qualitativa e uma variedade de formas de trabalhar os dados. Os autores mencionam dois modos de enquadrar as abordagens à análise, sendo que, numa abordagem, a análise é feita em simultâneo com a recolha de dados e fica praticamente completa quando os dados são recolhidos; na outra abordagem, a recolha de dados é feita antes da realização da análise.

Miles e Huberman (1994) retratam a fase da apresentação (organização) dos dados como sendo aquela em que os investigadores devem atribuir bastante importância uma vez que: ela permite ao investigador uma representação dos dados num espaço visual reduzido; auxilia a planificação de outras análises; facilita a comparação entre diferentes conjuntos de dados e por último, ela garante a utilização directa dos dados no relatório final.

Os autores acrescentam que esta fase condensa numerosas operações que giram em torno do conceito de tratamento de dados, como a estruturação de um conjunto de informações que permitirão tirar conclusões e tomar decisões.

Na interpretação e verificação das conclusões há uma atribuição de *significado* aos dados reduzidos e organizados através da formulação de relações ou de configurações expressas em proposições ou modelos. Assim, pretende-se “extrair significados a partir de uma apresentação – síntese dos dados - pondo em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações, possíveis tendências causais e proposições” (Miles e Huberman, 1994, p.11).

Segundo Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1990) a interpretação ocorre logo no início da recolha de dados pela formulação de conclusões provisórias que são imediatamente testadas e às quais vão sendo acrescentadas outras no decurso da investigação; as conclusões que resistem à prova do confronto com novas observações tornam-se mais explícitas e enraizadas. Essa componente da análise integra uma dimensão de verificação.

A interpretação dos dados, na sequência da sua organização, é criadora de sentido.

A primeira fase, a codificação, consiste em fazer enquadrar num mesmo formato os dados expressos com maior ou menor liberdade ou com maior ou menor idiosincrasia; na segunda fase trata-se de os fazer sair do formato utilizado no tratamento para o transpor e encontrar ou reencontrar um sentido. Assim, em seguida é, primeiramente, redutora para, em seguida, ser criadora através de elaboração de explicações e de novas questões que transcendem a segura dos resultados (Van der Maren in Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin, 1990, p. 123).

Assim, a análise de dados, a partir do modelo sugerido por Miles e Huberman, permitiu-nos por em evidência três componentes essenciais dos aspectos teórico e morfológico de um trabalho de investigação:

- 1- a redução dos dados;
- 2- a organização e a apresentação dos dados;
- 3- a interpretação e a verificação das conclusões.

Considerando a ênfase dada por Miles e Huberman (1994), e ao estar de acordo com a perspectiva que desenvolvem para o enriquecimento de estudos qualitativos, tomamos a direcção apontada por eles por entender o quanto contribuiria para a análise dos dados.

Deste modo, descrevemos, em seguida, os passos que conduziram à análise dos dados.

- Após transcrever as entrevistas procedemos à leitura das mesmas de modo a aumentar a compreensão do conteúdo e procurar estabelecer o grau de congruência entre o narrado pelas participantes do estudo e o texto escrito.

Outras leituras foram acontecendo com o propósito de apreender claramente o discurso, de modo a perceber o sentido do todo e das partes, reduzindo-os até obter uma selecção de material das entrevistas que possibilitasse separar para análise parágrafos e frases, em que algumas delas seriam, mais tarde, identificadas como unidades de texto das experiências vividas e descritas, a essência na definição do fenómeno.

Para essa selecção, fez-se a leitura do material fazendo uma redução das unidades significativas, tendo como objectivo identificar parágrafos e/ou frases que iam sendo sublinhados no texto e que foram considerados reveladores da experiência descrita.

- À medida que se foi lendo o material foram-se repetindo e destacando certas frases e parágrafos, padrões de comportamento, formas de pensar e acontecimentos, o que permitiu o desenvolvimento de uma codificação seguindo alguns passos, os quais foram propostos por Bogdan e Biklen (1994): percorreu-se o material procurando regularidades e padrões bem como tópicos presentes no mesmo, escrevendo, em seguida, palavras e/ou frases que representassem esses mesmos tópicos e padrões - *categorias de codificação*. Após essa etapa, elaborou-se uma lista de categorias de codificação de forma a podê-las organizar. No final do primeiro processo de categorização de todas as entrevistas encontramos um total de cinco categorias e vinte e oito subcategorias.

O momento seguinte foi da releitura das categorias que emergiram da análise. A releitura foi um processo longo o qual teve por base compreender a sua essência e significado que traziam.

- Em seguida fez-se as intersecções entre as categorias que emergiram para avaliar as suas interligações, sobre o que elas estavam enunciando e a relação com o objecto de estudo. Neste momento recorreu-se a pesquisadores com os quais discutimos e comparamos os dados para validá-los como adequados. Com o auxílio da professora orientadora e outros professores pesquisadores de enfermagem foi mais fácil identificar erros e corrigi-los. Assim, “ Ter um segundo investigador que reveja os dados e verifique as categorias também pode servir como verificação da validade” (Carpenter, 2002, p. 46).

- Feita essa avaliação pelos pesquisadores validadores, voltou-se a fazer novas intersecções entre as diversas categorias para reavaliar o material já elaborado e ver se as modificações indicadas tinham dado maior visibilidade às

informações e pertinência em relação aos objectivos traçados e ao conteúdo trabalhado.

▪ Os temas que emergiram como expressão mais significativa dos dados foram seis categorias e vinte e nove subcategorias, que constituíram a base para a análise final e discussão dos dados.

No próximo capítulo, “*Análise e interpretação dos dados*”, apresentamos as representações atribuídas pelos participantes do estudo ao fenómeno estudado.

**ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO
DOS DADOS**

ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

O enfermeiro e o doente interagem permanentemente, envolvendo-se num ambiente constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, sociais, culturais e organizacionais, onde toda a natureza dos cuidados de enfermagem se desenvolve.

O processo de análise que adoptamos revelou o modo como os enfermeiros representam o cuidar a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento.

Assim, no decorrer da leitura, como já mencionado, algumas frases e parágrafos sobressaíram denotando a forma como os enfermeiros representaram a sua forma de cuidar. Ao ler exhaustivamente, foram encontrados indicadores comuns constituídos por agrupamento e por semelhança de sentido dando origem às categorias e subcategorias que iremos apresentar.

Apresentamos os dados, interpretações, questões sobre os mesmos e a análise é validada com extractos das entrevistas, onde surge o símbolo (...) que significa parte dos extractos ocultos, mas mantendo o sentido da frase e a ideia subjacente. Agrupar os indicadores comuns em subcategorias e estas em categorias, não foi tarefa fácil, pela interligação existente nos dados da análise, mas emergiu a ideia central: **“o “ser” enfermeiro, na intenção de cuidar”**.

Efectuada a análise dos dados emergiram cinco categorias e vinte e oito subcategorias como se pode confirmar no quadro 2, que se segue.

Quadro 2 – Síntese das categorias e subcategorias que emergiram da análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Intervenções de enfermagem	Cuidados técnicos
	Apoio psicológico
	Bem-estar da família
	Envolver a família
	A família como recurso
	Disponibilidade
	Ser empático
	Respeitar a cliente
	Momentos para reflexão
	Necessidades da cliente
	Apoio religioso
	Preparação para a alta
	Continuidade de cuidados
	Educação para a saúde
Respeitar a privacidade/intimidade	
O enfermeiro e a aprendizagem/manutenção das suas competências	Revisão regular das práticas desenvolvidas
	Auto-formação
	Formação contínua
O “Ser” enfermeiro nas intervenções	Sentimentos vividos
	“Ser” com crenças e valores
O enfermeiro nas suas responsabilidades profissionais	Tornar visível os direitos da cliente
	Documentar o trabalho realizado
	Trabalhar em equipa

	Manter Segredo profissional
Factores condicionantes às intervenções de enfermagem	(Des)valorização da vinculação precoce
	(Des)valorização da cultura
	Gerir o espaço físico
	Tempo insuficiente de hospitalização

Acrescentamos que compreendemos a análise de um estudo como uma aproximação, na qual se abrem possibilidades para investigações futuras e ampliação do conhecimento e não uma conclusão.

1- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A categoria **Intervenções de enfermagem** emergiu da identificação de quinze subcategorias: Cuidados técnicos; Apoio psicológico; Bem-estar da família; Envolver a família; A família como recurso; Disponibilidade; Ser empático; Respeitar a cliente; Momentos para reflexão; Necessidades da cliente; Apoio religioso; Preparação para a alta; Continuidade de cuidados; Educação para a saúde e respeitar a privacidade/intimidade.

Cuidados técnicos

Esta subcategoria expressa os procedimentos técnicos desenvolvidos pela equipa de enfermagem quando admite, no serviço, mulheres que foram submetidas a curetagem em consequência de abortamento espontâneo.

Faz parte das competências do enfermeiro de cuidados gerais aplicar os conhecimentos e técnicas mais adequadas na prática de enfermagem, tal como é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

Assim, os cuidados técnicos que os enfermeiros desenvolvem quando se deparam com uma mulher que é admitida no serviço de Ginecologia são, segundo os entrevistados:

Os cuidados que tinha que ver logo imediatamente eram as perdas de sangue (...) vigilância do soro, também tinham a ver com a vigilância dos cuidados vitais, reparar no estado de consciência da Sr.^a (...). Depois era o levante, vigiar o levante (...) (EA).

- (...) avaliávamos realmente a contractilidade de útero dessas senhoras e a vigilância das perdas que são muito importantes, se havia palidez ou não das mucosas, a hidratação como é que estava (...) despiste de qualquer dor (...) e medicávamos a senhora de acordo com a prescrição médica, de acordo com a sintomatologia que ela tinha. (...) despiste de febre, algum corrimento, o cheiro, as características, basicamente é esses, despiste de sinais de infecção, de sinais de hemorragia (...) temos que estar constantemente a avaliar as perdas vaginais (...) (EC).

- (...) se ela fosse um grupo de sangue negativo, Rh - , também fazia sempre Resoghama, e se por acaso ela não soubesse o seu grupo de sangue, aí nós fazíamos colheita de sangue (...). Se fosse caso de grupo sanguíneo negativo administrávamos o resoghama. (ED).

Pelas expressões dos enfermeiros podemos perceber que, face aos cuidados técnicos que devem ser prestados às clientes aquando do internamento, eles sabiam e tinham bem interiorizado como deviam actuar.

Cumprir rotinas é uma realidade de todos os enfermeiros do estudo, faz parte das actividades diárias, são intervenções de enfermagem, fazendo parte dos cuidados de enfermagem.

No REPE (1998) estão descritas as qualificações profissionais que contempla, entre outras, a capacidade do enfermeiro utilizar técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais.

Deste modo, com os cuidados técnicos, o enfermeiro apela à segurança e bem-estar físico das clientes.

No entanto, face a isso, podemos questionar: têm os enfermeiros um método de trabalho à tarefa? Sendo assim os cuidados que prestam são personalizados?

Apoio psicológico

Esta subcategoria revela todo o apoio psicológico que é proporcionado à mulher em situação de abortamento espontâneo no serviço de ginecologia.

Tendo em conta que o abortamento espontâneo provoca sentimentos de tristeza, angústia, culpa, raiva, entre outros, o apoio psicológico é de extrema importância de modo a que seja minimizado todo o sofrimento advindo desta situação.

Assim, os depoimentos dos enfermeiros revelaram que é sua preocupação dar apoio psicológico durante o internamento:

(...) precisam não só dos cuidados físicos, esses são o menos, quase, mas que precisam tanto do apoio de, como eu já disse, de alguém que lhes diga de fora: "Isso não é o fim, foi só uma transição. Amanhã vai ser muito melhor." (EA).

- Portanto não interessa só a parte física, (...). Acho também, acho não, tenho a certeza, que é muito importante a parte psicológica, para que ela tenha uma boa recuperação. (EB).

- (...) a gente tenta dar um pouco, ou pronto, aquilo que se pode dar de apoio psicológico.(ED).

- (...) é lógico quando nós temos à frente uma senhora que passou por uma situação dessas em que o empenho era muito grande, pronto, nós tentamos confortá-la o máximo.(EE).

- Essas é que a gente vê que ficam mais debilitadas e essas precisam mais de um apoio psicolócozinho (...) (EF).

- *Claro que a gente tem a preocupação sempre, (...) como é que a senhora se está a sentir, (...) há sempre aquela tendência de a gente apaziguar (...) (EG).*

- *(...) os cuidados que a gente presta, são mais os cuidados psicológicos porque as senhoras estão um bocado debilitadas uma vez que o aborto foi espontâneo (...) (EH).*

- *(...) é assim, essas senhoras vêm com labilidade emocional, é uma coisa que elas coitadas não estavam à espera, a gente nesse sentido, a gente tenta dar mais um apoio...a gente tenta explicar a situação (...) (EH).*

É de referir que todos os enfermeiros referenciaram a importância do apoio psicológico e que tinham em atenção esse aspecto durante o internamento. Num dos depoimentos até se fez alusão ao princípio ético: princípio da beneficência:

(...) tenho uma responsabilidade ética muito grande que é de assegurar, ...que tem a ver com o princípio da beneficência, que é assegurar o melhor bem estar possível para aquela mulher no futuro. E passa também por lhe dar esperança, para ela perceber que, por ter tido um aborto, não quer dizer que não volte a ser mãe, no caso de já ter sido, ou que nunca mais será mãe, se não teve filhos. E aí, há sempre uma mensagem de esperança que eu tento dizer, (...) (EA).

Também é de salientar que foi referido a importância/impacto que o apoio psicológico tem nas mulheres que passam por esse tipo de experiência

E eu sei que de alguma forma, estou a contribuir para que ela consiga enfrentar uma nova gravidez, sem dúvida! Acho que é muito importante a forma como a gente lida com ela naquele momento, porque vai marcar-lhe para o resto da vida, a verdade é essa. (EB).

Assim, e reportando-nos a Rolim e Canavarro (2006), é muito importante o modo como o luto é vivido no momento, porque, se o processo de luto não

decorrer da melhor forma, poderá ter repercussões na mulher tornando-se num factor de risco para uma adaptação a uma futura gravidez e no relacionamento mãe-bebé (embrião/feto).

Deste modo, cabe aos enfermeiros terem em atenção os diferentes sentimentos que podem advir dessa situação, estando atentos às diferentes reacções inerentes à situação.

No entanto, ao adoptar uma postura humanizada diante das clientes, os enfermeiros não devem ficar com a onipotente impressão de que estão a resolver todas as sequelas advindas da situação, mas precisam ter em mente que muitos casos se beneficiam com tais atitudes.

Parece-nos, ao analisar essa subcategoria, que os profissionais de enfermagem começam a superar o seu fazer técnico no cuidado a essas mulheres, deixando de ver o corpo individual reduzido ao corpo biológico abstracto, considerando, deste modo, as diferentes dimensões que compõem o ser humano.

Assim, Watson citada por Waldow, Lopes e Meyer (1995) refere que é necessário destacar semelhanças e diferenças entre ciência e humanismo. A ciência preconiza a neutralidade em relação a valores humanos e tem como preocupação métodos, generalizações e predições, excluindo a experiência individual. O humanismo, por sua vez, engloba e preocupa-se com a compreensão e avaliação das metas e experiências humanas - as respostas emocionais às experiências, as diferenças individuais e as suas singularidades.

Então, cruzando a subcategoria anteriormente descrita “Cuidados técnicos” e a presente subcategoria, podemos perceber que ambas são importantes, porque se completam, mas uma não deve existir sem a outra, tendo o propósito de assegurar e satisfazer as necessidades da cliente no seu todo.

Uma forma de entender a enfermagem é, segundo Watson citada pelos mesmos autores, através da identificação, descrição e investigação dos factores científico-humanísticos principais e essenciais para efectuar uma mudança positiva na saúde.

Neste sentido, arriscamos questionar: será que, de algum modo, estamos a começar a vislumbrar cuidados de enfermagem como cuidados que não são meramente as rotinas e protocolos elaborados pelos serviços para a prestação de cuidados? Começar-se-á a ver frutos da formação dada nas escolas a qual apela para o Cuidar tendo em conta a globalidade da pessoa? (Isto pensando que seis dos enfermeiros entrevistados tinham menos de dez anos de serviço).

Bem-estar da família

A saúde física existe quando todos os órgãos do corpo funcionam bem, e existe saúde quando alguém se sente seguro e capaz para lidar com adversidades.

Esta subcategoria fala-nos de todas as acções que os enfermeiros desenvolvem para proporcionar, também à família, bem-estar de modo a que possam desenvolver um processo de luto adequado, conjuntamente com a mulher que perdeu o seu filho.

A família também sofre, tendo em conta que o “bebé imaginário” faz parte integrante da história pessoal de cada um dos pais, permitindo a estes a encenação do seu papel na interacção com o seu bebé, tal como refere Rosenblum citado por Mendes (2002). Então, pode-se perceber que também a família começa a imaginar e a desenvolver o seu papel, que tem que desempenhar face à criança que está a ser gerada no ventre materno, logo que tomam conhecimento da sua vinda. Deste modo, quando há uma perda, também os projectos desenvolvidos pelos diferentes membros da família, quer seja o pai, os avós, os tios, entre outros, são interrompidos, logo, eles também irão sofrer com esta perda. Por isso, proporcionar-lhe bem-estar é de suma importância.

É notório, pelo discurso apresentado, que os enfermeiros que cuidam das mulheres aquando do internamento por abortamento espontâneo têm a preocupação em proporcionar à família bem-estar psicológico, porque ela também está a viver/partilhar aquele momento de sofrimento e angústia.

E muitas vezes fica a senhora a descansar e eles vêm ter connosco tirar as dúvidas, ou questões “o que é que eu faço agora?” ou “que procedimento vamos dar à situação?”. Então aí podemos trabalhar, ver como ele está a reagir, é nesse sentido. (EB).

- (...) também temos que tentar que o relacionamento em termos dos dois não se altere, quer dizer, altera-se sempre, mas não à dinâmica familiar não se altere muito e não se destrua de certa forma, devido a essa situação do aborto espontâneo no seio de uma família. (EC).

- (...) a nossa actuação em relação à família, portanto era uma família grávida, não era só a grávida, era uma família grávida onde está incluído a mulher e o marido, e a nossa actuação também vai de encontro ao marido. Aquilo que nós tentávamos fazer à mulher que era grávida também proporcionávamos ao marido. (EE).

Estas expressões revelam a preocupação dos enfermeiros em alcançar o bem-estar da família através das suas intervenções.

A hospitalização de um dos membros da família, por si só, provoca crise e alterações na dinâmica familiar, então será importante que o enfermeiro tenha em conta também o bem-estar da família.

Esta situação de perda torna-se num factor de mudança no seio da família, uma vez que já poderiam estar desenvolvidos planos para o nascimento daquele bebé. Tendo em conta que a vinculação precoce é uma realidade, tal como foi discutido por alguns autores: Maldonado (1997); Canavarro (2006); Brazelton (1992), entre outros, em que defendem que a ligação materno-fetal é uma realidade, e que acontece, por vezes, mesmo antes da concepção, então, é muito natural que, quando ocorre um abortamento espontâneo, haja sentimentos de perda e de tristeza, necessitando mesmo que se desenrole um processo de luto para que a situação seja desenvolvida “saudavelmente”.

Assim, e segundo Wheeler (1999), independentemente do tipo de perda experimentada, todas as famílias necessitam da atenção do enfermeiro e da sua capacidade para ouvir. A comunicação terapêutica ajuda a

mãe/companheiro e outros membros da família a expressar os seus sentimentos e emoções, compreender as suas respostas à perda e aumentar a sua capacidade para a tomada de decisão.

Envolver a família

Nesta subcategoria estão patentes as acções desenvolvidas pelos enfermeiros na tentativa de envolver a família na recuperação da mulher face à sua perda

O cliente/pessoa está em relação com o seu ambiente, ou com o seu meio envolvente, interno ou externo, e a saúde integra-se na própria vida do indivíduo, das famílias e dos grupos sociais que envolvem o ambiente particular (Kérouac *et al*, 1996). Assim, a natureza dos cuidados de enfermagem destes enfermeiros é influenciada por essa visão de abertura, conhecendo a cliente e envolvendo a família.

(...) o apoio do familiar mais próximo que até pode não ser o marido, pode ser a mãe, o pai, o amigo ou a amiga, tem que ser proporcionado. Se a senhora assim o desejar, ela vai sentir maior conforto e apoio naquela pessoa, então, porque não ter essa pessoa ao pé dela? (EB).

- (...) proporcionávamos ao máximo um acompanhante mais próximo, normalmente o marido (...) (EE).

- Mas geralmente temos sempre a atenção de deixar a senhora (...) na companhia de um familiar. (EG).

- (...) e depois então chamamos o marido, o familiar ... é assim, eu não sou rígida em termos de horas, se a senhora quer ficar com o marido um bocadinho, eu deixo à vontade, nestes casos eu não sou muito rígida, (...) eu deixo a pessoa estar à vontade com a família (...) (EH).

Embora a família também sofra, necessitando igualmente de apoio e ajuda, é a mulher que além de sofrer a perda psicologicamente, perde fisiologicamente. Como já foi discutido anteriormente, a gravidez provoca alterações quer

físicas, quer psicológicas na mulher, tornando-a mais sensível. Assim, ela terá que readaptar-se nestas duas vertentes, o que torna o processo de recuperação mais difícil. É aí que a família tem um papel fulcral no que concerne ao apoio físico, emocional e social a esta mulher, uma vez que o seu envolvimento durante o internamento proporciona e mantém a união familiar, podendo mesmo trazer mais tranquilidade e conforto a ambos, ajudando a reduzir o sofrimento do internamento e da situação subjacente, que por si só, é uma situação de perda.

No entanto, sabemos que os enfermeiros, por vezes, enfrentam algumas dificuldades para poder proporcionar á cliente o envolvimento dos seus familiares. Estas dificuldades passam, por exemplo, pelo espaço físico que o hospital oferece e que, para salvaguardar a privacidade das outras clientes, não podem envolver tanto a família como desejavam.

Assim, questionamos: poderá o enfermeiro desenvolver cuidados de qualidade sem as condições propícias para tal? Por outro lado, será que a falta destas condições serve também como “desculpa” para se desenvolver cuidados sem qualidade, rigor e pouco personalizados?

A família como recurso

Esta subcategoria demonstra a forma como os enfermeiros recorrem à família para seu apoio na recuperação quer física quer psicológica da mulher que sofreu um abortamento espontâneo.

A família é o elo de ligação da cliente com a equipa, o que influencia o modo como a cliente vive o internamento.

Deste modo, os utilizadores dos cuidados e a sua família são aqueles que detêm os elementos fundamentais sobre a situação, são a primeira fonte de conhecimentos, isto é, detêm o *fio condutor* que serve para guiar para os enfermeiros.

Assim, estes enfermeiros desenvolvem a sua actividade inseridos numa equipa multidisciplinar, do que advém a colaboração entre os elementos e o

acompanhante da cliente, tal como está descrito nos dados colhidos nas entrevistas:

Pode haver a necessidade de chamar os familiares para acalmarem a senhora e nós tentamos satisfazer (...) (EC).

- A família quando desempenha o papel de apoio para a mãe é ótimo porque podemos utilizar a família como apoio às nossas acções. (EC).

- (...) muitas vezes os métodos familiares, nós não falamos com a mãe que sofreu o aborto espontâneo, mas com a família, nomeadamente o marido, uma pessoa mais próxima, ou seja qual é a melhor maneira de dialogar com aquela senhora, quais são as reacções que ela possa vir a ter, porque se a própria senhora não reconhecer essas reacções, o familiar ou a pessoa mais próxima possa reconhecer e possa ajudar. (EC).

- Também envolvemos a família toda na alta, nos cuidados que a senhora tem que ter após a alta, a família é uma parte muito importante aquando da alta, em que vai-nos dar todo o feedback de como é que a utente poderá reagir face aquela situação. (EC).

Podemos perceber, mediante os discursos, que há uma preocupação por parte destes enfermeiros em rentabilizar a família para ajudar aquela mulher a recuperar da sua perda.

Embora se tenha referido anteriormente que a família também sofre, é comum verificar-se nestes casos que, neste momento, as suas atenções ficam muito viradas para a mulher que viveu aquela perda, porque foi ela que a viveu física e psicologicamente, deixando, assim, a família para segundo plano as suas dores tendo a preocupação de apoiar a familiar de modo a que recupere o mais rápido possível.

Esta situação de perda torna-se num evento que implica uma série de adaptações e readaptações por parte de quem a viveu.

Cuidar, que é a essência dos cuidados de enfermagem nos seus aspectos de promoção da saúde e de suporte das reacções de adaptação, continua a ser

uma parte importante e essencial do trabalho dos enfermeiros. Assim, é preciso ajudar aquela mulher a readaptar-se, utilizando, assim, a família, o que faz com que se rentabilizem os diferentes recursos disponíveis.

No entanto, questionamos: estará a família preparada para servir como recurso? Deverão os enfermeiros utilizar, nesta situação, a família como recurso, uma vez que ela está também a passar por um processo de luto?

Disponibilidade

Esta subcategoria expressa a disponibilidade dispensada pelos enfermeiros para atender a mulher/família nas suas necessidades.

Os cuidados de enfermagem têm um conteúdo diverso, variado e indivisível, indo desde uma higiene oral, desde falar com o médico, ou estar presente, e inscrevem-se numa relação interpessoal, compreendendo tudo o que é feito pelos enfermeiros, dentro das suas competência, para prestar cuidados às pessoas.

Assim, concordamos com Hesbeen (2000) quando refere que “cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares - ou a grupo de pessoas - com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem.” (p.67).

Assim, foi verbalizado, pelos enfermeiros, que proporcionavam momentos para satisfazer as necessidades das clientes:

Pergunto se prefere estar sozinha ou se prefere que eu fique. (EA).

- (...) e quando ele quiser falar, quando esse familiar quiser falar, ele também tem que saber que a gente está ali e estamos. (EB).

- Conversávamos com elas e também passávamos muito tempo, basicamente, a nossa presença ajuda muito nessas situações. (EC).

- (...) mostrando disponibilidade, estamos ali se ela precisar de alguma coisa (...) (ED).

- (...) e também é uma perda para os familiares, e daí que seja muito importante o demonstrar disponibilidade perante aquela família, (...), ou para desabafarem ou para perguntarem se sabíamos os porquês, muitas vezes para desabafarem um bocadinho (...). (ED).

- (...) e pronto, dizia: “se for preciso alguma coisa estamos aqui, toque à campainha. (ED).

Como podemos constatar, para esses enfermeiros, faz parte dos seus cuidados de enfermagem ouvir, ter disponibilidade, disponibilidade para estar presente.

Assim, para Fisher citado por Cerqueira e Gomes (2005) *disponibilidade* tem a ver com o tempo que se despende com o cliente, uma presença digna de nome, com uma abordagem sensata e com abertura de espírito. Também acrescenta que o enfermeiro para cuidar eficazmente deve observar e avaliar correctamente através de uma comunicação adequada, que, para isso, requer conhecimentos técnicos, compreensão e disponibilidade nas relações humanas em situações deficitárias.

Keating e Seabra (1994) vão mais além quando referem que a ajuda por parte dos técnicos deve traduzir-se na *disponibilidade* de tempo para escutar, tentando compreender o significado da perda para a mulher/família e ajudando a exprimir os seus sentimentos dolorosos e conflituais em palavras.

Contudo, muitas vezes a *disponibilidade* dos profissionais de saúde nem sempre é a melhor, levando-nos assim a questionar: Será que, com as políticas de saúde a convergirem cada vez mais para a racionalização de recursos, incluindo os recursos humanos, até que ponto podem os enfermeiros mostrar disponibilidade para com o cliente, quando por turno é cada vez menor o número de enfermeiros e os clientes são os mesmos ou mais? Será que entramos numa política de saúde onde o cuidar tornar-se-á utópico?

Ser empático

A empatia, numa forma rudimentar de a definir, será, colocar-se no lugar do outro. Assim, essa subcategoria expressa esta atitude dos enfermeiros face à cliente.

Phaneuf (2004) na sua maneira de expor os conteúdos que aborda, define empatia como sendo “um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive.” (p. 347).

Assim, e segundo os seus discursos, os enfermeiros referenciaram que, quando prestavam cuidados de enfermagem, eram empáticos com a cliente:

(...) ponho-me sempre muito no lugar daquela mulher do que me aconteceria se o meu projecto de vida passasse por ter um filho, como passou, fosse interrompido, e... (...) é precisamente colocar-me no lugar delas acreditando que aquele filho para elas é tão importante como seria como se eu tivesse no lugar delas e tentando-lhes fazer aquilo que eu gostava que me fizessem a mim, (...) (EA).

- (...) porque eu acho que se fosse eu também não ia gostar(...). Acho que não ia gostar muito, ia sentir-me um bocadinho (...) (EB).

- Eu também ponho-me um bocadinho no lugar daquela mulher (...) não queria estar juntamente com outras Sr.^a que perderam um filho, não é só por causa do choro, mas é uma coisa que aconteceu a mim... (...) (EB).

- Como mulher, acho que um filho, apesar de não ser planeado, deve ser desejado e perder um filho desejado deve ser muito difícil e penso se algum dia isso acontecer comigo...como vou reagir? (...) (EC).

Está patente nos discursos das entrevistadas que, além de se colocarem no lugar da cliente, pensam sempre num âmbito pessoal, isto é, se lhes acontecesse o mesmo.

Assim, o cuidar que caracteriza a enfermagem deve ser uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica através de uma inter-relação pessoa com pessoa. Isto significa que o enfermeiro e a cliente vivem a relação *no momento*. (Waldow, Lopes & Meyer, 1995)

Assim, podemos perguntar: o facto de serem enfermeiras (mulheres), poderá influenciar a forma como prestam os cuidados de enfermagem, a essas mulheres? E se fossem enfermeiros (homens)?

Respeitar a cliente

Esta subcategoria demonstra as preocupações/acções que os enfermeiros desenvolvem quando tentam respeitar a cliente no seu todo.

Respeitar o outro promove laços de confiança entre aquele que presta cuidados e o que recebe estes cuidados. Assim, Phaneuf (2004) refere que respeitar o indivíduo é acreditar profundamente que ele é único e que por causa da sua unicidade, só ele possui o potencial específico para aprender a viver da forma mais satisfatória para ele. Mais acrescenta que respeitá-lo é acolhê-lo na sua diferença e mostrar uma consideração real pelo que ele é, isto é, pelas suas capacidades e a sua experiência de vida, ou por aquilo em que se tornou.

A situação de abortamento espontâneo causa sentimentos dolorosos, sendo necessário uma assistência de enfermagem que percorra o caminho de ajudá-las na expressão desses sentimentos individuais para cada mulher. A enfermagem, por estar em contacto constante durante a hospitalização, pode estar atenta a essas expressões, facilitando-as e respeitando os momentos de discurso e de silêncio, tal como referem as entrevistadas:

(...) muitas delas expressam os seus sentimentos, outras não expressam, e quando não expressam nós respeitamos a decisão delas e não tentamos falar do assunto, entre aspas, respeitamos este silêncio que elas têm. (EC).

- (...) nós estamos ali a cuidar de uma pessoa que está em processo de luto e acho que tem que haver um respeito. (ED).

- (...) há umas que são mais abertas, há outras que não, que não gostam de falar sobre o assunto, pronto, a gente respeita (...) (EF).

Está patente nos discursos acima mencionados que as enfermeiras respeitam o silêncio da cliente. É importante este respeito, pois o facto de algumas delas não manifestarem, visivelmente, com choro ou expressões de tristeza, não significa que a situação de abortamento espontâneo não se apresente como uma situação de dor.

Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro deverá distinguir-se, pela formação e experiência que tem, de modo a entender e respeitar o outro, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. (OE, 2003)

O enfermeiro deve, deste modo, ter a presença de espírito e a vontade de estar ao lado, apoiar a pessoa em luto, independentemente de considerar as suas expressões de sentimentos e emoções como adequados. É essa presença que dá à pessoa em luto a sensação de estar a ser cuidada. (Wheeler, 1999)

Momentos para reflexão

Após um momento de perda é necessário haver espaço para que haja uma readaptação quer individual quer familiar.

Deste modo, essa subcategoria mostra que alguns dos enfermeiros têm o cuidado de proporcionar momentos de reflexão à cliente/família.

O cuidar implica que o profissional tanto desenvolva relações com essas mulheres, respeitando-as como sujeitos com frustrações, expectativas e sonhos, como saiba identificar os momentos de introspecção que são necessários para a elaboração da situação vivida.

Assim, é visível, no discurso de alguns enfermeiros, que é preocupação dos mesmos proporcionar momentos para reflexão à cliente/família:

(...) eu julgo que aquele casal tem muita necessidade de estar junto, de se apoiarem, e então nesses casos, a primeira coisa que faço é deixá-los sozinhos, viverem a sua dor sozinhos. (EA).

- Depois de ver aqueles cuidados físicos (...) o que eu faço a seguir é deixá-los sozinhos, eles precisam de estar sozinhos, seja lá para o que for, viverem a sua perda... (EA).

É notório nestes discursos que alguns dos enfermeiros tanto facultam momentos para reflexão e para assimilar a perda, como também utilizam a família como apoio à cliente e também referem que este momento não é apenas para a recuperação da cliente mas para a recuperação quer da cliente quer do acompanhante.

- Tenho que lhe dar tempo, e ela tem que repousar porque quer queiramos quer não, é uma invasão, um traumatismo físico e além de que é o psíquico, o psíquico também precisa descansar, relaxar, para se calhar poder começar a trabalhar um pouco melhor. (EB).

Neste último discurso o enfermeiro verbaliza que proporciona espaço para reflexão mas não faz menção à família.

No entanto questionamos: estarão os enfermeiros despertos para proporcionar esses momentos propositadamente para a reflexão? Ou proporcionam esses momentos porque têm outros afazeres?

Necessidades da cliente

Nesta subcategoria evidencia-se a preocupação de alguns enfermeiros em ir ao encontro das necessidades das clientes.

Qualquer acção de tratamento, prevenção ou planeamento por parte dos enfermeiros deve ter em conta os valores, atitudes e crenças a quem a acção se dirige.

Watson referida por Neil (2004) quando baseia a sua teoria da prática de enfermagem em 10 factores de cuidar, refere que o enfermeiro deve reconhecer as necessidades bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e intra-

peçoais dele e da cliente dando, assim, auxílio na satisfação das necessidades humanas.

A busca de um novo fazer, na enfermagem, deve reconhecer um olhar diferente em relação a essas mulheres, sendo necessário que a equipa desenvolva novas habilidades compreendendo a mulher nas suas determinações e peculiaridades. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro conseguirá desenvolver acções tendo em conta a satisfação das necessidades das clientes/famílias. No discurso de alguns enfermeiros, foi verbalizado que:

- *Claro que vou sempre de encontro às necessidades da Sr.^a (...) (EA).*

- *E são sempre situações que a gente tem que adequar sempre a cada uma das Sr.^a que está à nossa frente (...) (EB).*

- *(...) elas reagem de maneiras muito diferentes, e a nossa actuação vai um bocadinho de encontro com quem nós temos à nossa frente. (EE).*

- *As pessoas que são mais humildes, vamos dizer, acho que são um bocado mais sensíveis, mais expressivas, ... elas manifestam uma maior necessidade...nota-se que necessitam de um maior cuidado nosso. (EH).*

O que podemos entender destes discursos é que os enfermeiros supracitados manifestam a intenção em satisfazer todas as necessidades das clientes. Assim, e segundo Wheeler (1999), quando uma mãe ou família é capaz de expressar as suas necessidades, é de extrema importância que o enfermeiro responda de forma positiva às mesmas. As necessidades não satisfeitas podem ser a base do “se ao menos soubesse...” que pode perseguir a mãe pela vida fora e fundamentar motivos de complicações no luto.

Tendo em conta o acima descrito, parece-nos que os enfermeiros entrevistados têm, na sua maioria, a preocupação em determinar e satisfazer as necessidades das clientes.

Apoio religioso

A situação de abortamento espontâneo provoca sentimentos de angústia e tristeza, entre outros, sendo necessário uma assistência de enfermagem que ajude na expressão desses sentimentos individuais.

A enfermagem, por estar em grande proximidade com a cliente, durante o tempo que permanece no hospital, deverá ter em conta todas as vertentes que compõem o ser humano, incluindo a vertente espiritual. Assim, durante o internamento, o enfermeiro deverá estar atento às necessidades espirituais que a pessoa apresenta.

Na admissão, e aquando do preenchimento do inquérito, os enfermeiros perguntam sobre o desejo da cliente ter apoio espiritual, tal como é referenciado por alguns enfermeiros:

Há uma questão que é feita logo na admissão (...). Independentemente de ser a situação que é, é sempre perguntado se deseja ou não (apoio espiritual). (EB).

- Além da pergunta que se faz no início, na admissão, não. (EG).

No entanto, por vezes, os enfermeiros esperam que as clientes dêem o primeiro passo neste sentido, para depois actuarem, tal como é verbalizado por algumas enfermeiras entrevistadas:

(...) é lógico que não chamava o padre, a menos que a mulher expressamente me dissesse “ eu quero falar com o Sr.º padre”. (EA).

- (...) aborto espontâneo, não me lembro de vez nenhuma nos meus anos de serviço o ter de chamar algum apoio espiritual. (EC)

- (...) na admissão nós não fazíamos muito essas perguntas, a não ser que a senhora manifestasse esse desejo, consoante a sua religião, pois então seria, era proporcionado, qualquer que fosse a sua religião. (ED).

- (...) nas que eu apanhei, nunca houve nenhuma que pedisse aconselhamento. Nota-se, isso na parte da religião católica. (...) Na religião católica nunca apanhei nenhuma que pedisse o apoio. (EE).

- Pedirem padres, pessoas que não conhecem... não é muito comum. (EF).

Parece-nos, ao analisar esses discursos, que os enfermeiros não estão muito despertados para fornecer apoio espiritual à cliente/família, uma vez que, nos seus discursos, não há grande evidência de cuidados de enfermagem desempenhados nesta vertente. Parece que há alguma dificuldade em lidar com esse aspecto dos cuidados de enfermagem.

O ser humano encontra-se num momento de (re)significações éticas, morais, religiosas e culturais que acabam por influenciar os valores, a maneira de ser e viver de cada um.

Neil (2004) refere que no oitavo factor que Watson apresenta para nortear a sua teoria da prática de enfermagem, a autora faz referência que o enfermeiro deverá reconhecer a influência que os ambientes: interno (bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais) e externo (variáveis epidemiológicas, conforto, privacidade, segurança, ambiente limpo e estético) têm sobre a saúde e doença sobre os indivíduos, de modo a poder ajudar a cliente a ultrapassar a sua situação de perda.

Assim, questionamos: será que os enfermeiros não abordam esse assunto por não achar necessário? Será que os enfermeiros, por se tratar de um tema que está intimamente relacionado com a morte/perda, evitam tocar nessa vertente por se sentirem incomodados com a situação? Também podemos reflectir o porquê das clientes não solicitarem esse tipo de apoio: será que têm receio de pedir apoio pela própria postura do enfermeiro? Ou não sentem mesmo necessidade?

Preparação para a alta

Esta subcategoria expressa os cuidados de enfermagem que são desenvolvidos para a preparação para a alta.

Em relação à orientação face à alta, a enfermagem desempenha um papel extremamente importante, podendo auxiliar a cliente/família na readaptação à

nova situação e também face ao provável processo de luto que poderão estar a passar e que continuarão a viver no domicílio.

Para alguns enfermeiros, a alta é preparada desde o início do internamento dando as informações importantes sobre o que deverá ser feito no domicílio, em conjunto com o preenchimento de uma carta que é efectuada no final do internamento e que é entregue à cliente, como expressam estes enfermeiros:

(...) a preparação para a alta começa desde o momento, portanto, essas Sr.ªs já nos chegam acordadas e portanto começa logo no momento que eu começo a ver as perdas de sangue e começo a explicar: “ em casa veja isso (...)” (EA).

- (...) que a preparação para a alta começa no momento da admissão dessa senhora, em que conhecendo desde a admissão podemos preparar a alta de forma mais pormenorizada, de forma mais direccionada a essa senhora. (EC).

O discurso mostra-nos que há uma importante preocupação por parte dos enfermeiros supracitados em preparar a alta desde o momento de admissão daquela mulher. No entanto, parece-nos que essa preparação está muito virada para a vertente física. Sabendo que o processo de luto tem maior peso quando aquela mulher tiver alta, então, seria pertinente prepará-la de modo a enfrentá-lo deixando o mínimo possível de sequelas.

No entanto, e segundo os discursos seguintes, podemos pensar que a alta é centrada na carta de alta que é elaborada no final do internamento

- (...) a minha carta de alta é sempre elaborada neste sentido, em que de uma forma sucinta, mas que consiga por a informação toda da forma como a Sr.ª reagiu à sua perda. (EB).

- Agora, eu realmente faço uma carta de alta se calhar um pouquinho mais longa, no sentido em que ponho os motivos, porquê, como é que a Sr.ª reagiu, o que sentiu, que tipo de apoio foi prestado e o que se calhar precisa ser trabalhado (...) (EB).

- Pronto, nós fazemos a carta de alta que está lá no serviço, (...), é tipo uma carta de alta, em que a gente coloca que foi uma

curetagem, de quantas semanas, quanto tempo é que teve de internamento, se há medicação para fazer em casa, que tipo de medicação, se vai fazer algum exame ou não. (EG).

Tendo em conta estes discursos parece-nos que há uma preocupação em colocar na carta de alta todas as informações pertinentes. No entanto, e concordando com Campos (1997) o trabalhador reproduz o saber e a prática burocratizados ao reduzir os cuidados ao problema físico, não havendo assim dom que resista à repetição automática de actos. Assim, parece-nos que há uma tendência para a competência do enfermeiro ser virada para o lado técnico e burocrático.

Continuidade de cuidados

Esta subcategoria expressa a forma como a continuidade de cuidados é elaborada pelos enfermeiros entrevistados.

É de extrema importância que a continuidade de cuidados, quer seja do Centro de Saúde para o Hospital ou vice-versa, seja garantida, uma vez que o que se desenvolve com a cliente nestas diferentes instituições tem subjacente objectivos e intervenções distintas.

Assim, segundo os discursos apresentados os entrevistados têm a noção de que é de suma importância que se assegure a continuidade de cuidados:

- Tem que haver uma boa articulação entre hospital e centros de saúde, sem dúvida, para que se dê um bom encaminhamento. Não só para os centros de saúde mas também para o particular, para o médico privado, porque aquela mulher até pode ter sido seguida sempre no médico particular. (EB).

- (...) de forma a que o colega no centro de saúde consiga ter uma pequena noção de tudo o que foi feito, de tudo o que aconteceu no hospital, desde o momento em que ela entrou no bloco de partos, até ao momento que tem alta do serviço de puerpério, depois da curetagem (...). E mesmo para o próprio médico particular ter a

noção do que é que foi aquele internamento, o que foi que aconteceu àquela Sr.^a. (EB).

Essa carta é dirigida ao Centro de saúde e depois tem a carta de alta clínica que foi o médico que fez. (EH).

Parece-nos, ao analisar os discursos acima descritos, que todos os enfermeiros entrevistados têm a noção que é importante haver continuidade de cuidados, mas não o fazem da forma mais adequada, registando na carta da alta o que foi efectuado e como foi o internamento, no entanto, cingem-se a entregar à cliente a carta, não fazendo qualquer contacto prévio com a unidade de saúde que vai dar continuidade à situação.

Por outro lado, é referido que:

Geralmente quase todas as senhoras que saem de lá, elas eram quase sempre encaminhadas para um médico ou para o seu médico assistente, ou então, se não tivessem médico assistente, o próprio médico encaminhava para a sua consulta. Então temos que entregar esses documentos, porque elas depois quase nunca são encaminhadas para a enfermagem no centro de saúde, era mesmo para os ginecologistas, quer fosse para o particular, quer fosse para a CARO (consulta de alto risco obstétrico). (ED).

Entregamos as cartas de alta, as receitas, se tiverem os livros de grávida que vêm com elas, e de resto que me lembre não há grande continuidade de cuidados, porque depois são doentes de consultório. (EF).

Parece-nos que estes enfermeiros não valorizam muito a continuidade de cuidados, desvalorizando mesmo o papel desempenhado por eles nesta vertente “*e de resto que me lembre não há grande continuidade de cuidados, porque depois são doentes de consultório*” (EF).

Nessa perspectiva, parece-nos que há um desconhecimento por parte deste enfermeiro sobre a continuidade de cuidados que poderá ser feita nos Centros de Saúde, isto é, não têm a noção que nem todas as mulheres que sofrem abortamento espontâneo são seguidas nos consultórios particulares. Podemos

constatar também que o enfermeiro não tem muito a percepção que os colegas de cuidados de saúde primários têm um papel fundamental na readaptação destas mulheres, uma vez que o tempo de internamento é muito curto e grande parte do processo de luto é desenvolvido já fora da instituição hospitalar.

Reforçando essa ideia Bowlby (1979) refere que a intensidade do sentimento de luto e a duração do mesmo são diferentes de indivíduo para indivíduo, o que faz com que as diferentes fases possam ter a duração de horas, no entanto podem também arrastar-se por semanas.

Assim, o papel do enfermeiro de Cuidados de saúde Primários é de extrema importância.

No entanto, questionamos: será que quer os enfermeiros quer as clientes estarão cientes desse papel que o enfermeiro de cuidados de saúde primários pode desenvolver com essas mulheres? Será que é desenvolvido em cuidados de saúde primários este tipo de acompanhamento?

Educação para a saúde

Nesta subcategoria evidencia-se a educação para a saúde que é feita pelos enfermeiros aquando do internamento às mulheres que foram submetidas a curetagem como consequência de abortamento espontâneo.

Como noutras circunstâncias, também na situação de abortamento espontâneo, e durante a hospitalização, o enfermeiro deverá cuidar tendo em atenção a vertente pedagógica, conversando abertamente sobre temáticas pertinentes e de interesse face ao contexto, aproveitando para desmistificar possíveis dúvidas que possam surgir.

O papel do profissional de saúde é também de educador, actuando assim, na promoção da saúde. Deste modo, esse é um momento propício para ajudar a cliente/família a orientar-se, ou seja, a readaptar-se à nova situação, que surgiu de forma abrupta, podendo utilizar, para isso, os modelos de enfermagem, nomeadamente o modelo de adaptação de Calista Roy, uma vez

que este está muito direccionado para a readaptação na saúde e na doença, como já foi anteriormente referido.

Alguns entrevistados reportam-se à educação para a saúde como sendo os ensinamentos sobre alterações físicas que vão acontecendo e/ou podem acontecer no domicílio:

- (...) é muito importante despertar a mulher e mesmo orientar nas relações sexuais, os cuidados de higiene na zona perineal, neste aspecto é muito importante, mesmo que às vezes haja alguma medicação, alguma prescrição médica temos também que explicar à senhora porque nem sempre elas sabem. (ED).

- (...) explicando a nível de perdas, (...). Nós fazemos o ensino a nível da higiene, o que é que deve fazer, que deve fazer uma revisão de parto num determinado x tempo, muitas perguntam quando é que podem voltar a engravidar e nós fazemos o ensino também em relação a isso. (...). Se por acaso ela notar alguma coisa diferente a nível de temperatura, a nível de perdas, nós dizemos sempre para terem em atenção o cheiro, a quantidade, se acontecer alguma coisa que ela ache que sai fora do seu normal, recorrer novamente ao hospital. A consulta de rotina, (...). E muitas perguntam a nível de pílula se devem continuar a fazer se não devem continuar e nós fazemos um breve ensino acerca desses cuidados. (EE).

- Se é uma múltipara, já é uma senhora que já tem muitos filhos e tem um aborto, geralmente a gente faz educação para a saúde a nível de planeamento familiar. (EG)

Em nosso entender, essa forma de fazer educação para a saúde é rudimentar, uma vez que a situação de abortamento espontâneo, não só provoca alterações físicas, que deverão ser conversadas e desmistificadas dúvidas, mas também, no que se refere ao foro psicológico, há uma forte modificação que se não for tida em conta, poderá deixar grandes marcas na mulher que viveu aquele momento.

Assim, concordamos com Heilborn (2002) quando refere que os profissionais da área da saúde ficam marcados por uma função que é intervir mais no físico, no sentido de melhorar a pessoa, e esse é um compromisso que está na origem da profissão, no entanto há necessidade de expandir esse papel implementando a sua função educativa.

Nessa linha e pensamento, houve, por outro lado, enfermeiros que referiram que quando faziam educação para a saúde tinham em atenção tanto os aspectos físicos como os psicológicos:

- Basicamente, explicamos à senhora que existem várias fases que ela pode vir a passar, nomeadamente o choro, a negação da sua situação, ansiedade, e se esta ansiedade não passar qual é o outro processo que pode vir a passar, (...). (EC).

- (...) vigiarem as perdas, dor abdominal, tentar fazer repouso, não andar a fazer pesos nem sobrecargas nos primeiros quinze dias, não ter relações nas primeiras três semanas e se é seguida pelo ginecologista deverá ter uma consulta no máximo dentro de um mês. E pronto, alertar sempre um bocadinho para os sinais de depressão que às vezes poderão aparecer e fornecer o número do hospital para no caso de precisarem de alguma coisa.(...) (EF).

Mais se acrescenta que um dos entrevistados referiu que quando faz educação para a saúde, tem em consideração as repercussões que o aborto espontâneo tem nas gravidezes futuras

- É assim, tenho sempre o cuidado de explicar e pormenorizar os cuidados que deve ter no seu futuro, (...) porque, se calhar vai influenciar a sua decisão de, num futuro próximo, se vai engravidar ou não, (...) (EB).

Poderá assim pensar-se que este enfermeiro tem a noção que o seu papel como facilitador de uma adaptação adequada face à perda é de suma importância.

As experiências anteriores marcam, significativamente, as pessoas e no caso do cuidar em situação de abortamento espontâneo, esse parece reaparecer,

quando essa ocorrência se repete, trazendo lembranças positivas ou negativas, consoante a experiência de ser cuidado, que, muitas vezes, são comparadas com o momento que está a ser vivido.

Assim, concordamos com Lopes citado por Rolim e Canavarro (2006) quando refere que a perda acarreta um processo de luto, e quando esse é desenvolvido de forma adaptativa, ou seja, quando há um processo de luto adequado, passando pelas suas etapas e fazendo aquela mulher readaptar-se à situação de forma apropriada, então uma nova gravidez será encarada de forma mais saudável e se ela for bem sucedida, reforçará o processo adequado de emoções associadas à perda anterior.

Respeitar a privacidade/intimidade

Esta subcategoria reporta os cuidados de enfermagem quanto à privacidade/intimidade face às outras clientes e também em relação à não exibição do próprio corpo da cliente.

Aquando da situação de aborto espontâneo um certo sentimento de culpa, vergonha ou constrangimento poderá estar presente, o que faz com que, muitas vezes, a mulher deseje que a sua presença seja o menos notada possível.

Assim, os discursos apresentados mostram que a maioria das mulheres prefere estar mais isolada e que os enfermeiros, quando podem, têm isso em atenção:

- (...) e também porque ninguém precisa de saber que aquela mulher perdeu um filho. Acho que isso é uma coisa tão pessoal, tão íntima, tão nossa que ninguém precisa de saber. (EB).
- Essas senhoras que têm um aborto e fazem uma curetagem são isoladas, (...). Em relação a isso nós começamos por individualizar a pessoa mais por causa dos aspectos psicológicos, dela não estar em contacto com as outras grávidas. (EE).
- (...) se há possibilidades nós colocamos elas num quarto onde não tenha ninguém.(EF).

Parece-nos assim que, no geral, há uma preocupação por parte da equipa em colocar a cliente o mais isolada possível.

Também foi referenciado que é importante ter em conta uma outra vertente que é a não violação da intimidade face ao seu corpo:

- Relativamente aos outros cuidados, sempre que possível mantínhamos o ambiente confortável, um ambiente de privacidade, nomeadamente, fechávamos as cortinas, porque temos que estar constantemente a avaliar as perdas vaginais (...) daí que as cortinas, o cobertor ou o lençol taparmos a senhora, deixar só a zona que queremos observar exposta (...). (EC).

Pelo facto de ser só o entrevistado C a ter referenciado esse aspecto, leva-nos a pensar que esse aspecto, ou não é muito valorizado pela equipa, ou não foi por esta verbalizado.

No entanto, nunca será demais dizer que o enfermeiro tem de ter a noção que tem a responsabilidade, perante essas mulheres, de assegurar a sua privacidade, tal como é referido na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, onde na Base XIV – Estatuto dos utentes alínea c refere que “ Os utentes têm direito a: Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito” e também ao abrigo do artigo 86.º do código deontológico (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), onde diz que o enfermeiro, no seu exercício, deverá respeitar o direito da cliente/família à privacidade e à intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada.

Tendo em conta a categoria e as subcategorias acima descritas podemos pensar que, de uma forma geral, os enfermeiros têm a preocupação em cuidar da mulher em situação de aborto espontâneo em contexto de internamento, tendo em conta as suas vertentes bio-psico,sócio,culturais e espirituais. No entanto, em algumas destas vertentes ainda têm, em nosso entender, algum caminho a percorrer para que os cuidados de enfermagem se aproximem cada vez mais da excelência.

No que concerne aos cuidados físicos, estes estão bem interiorizados e todos os enfermeiros entrevistados têm bem presente os protocolos existentes no

serviço, pondo-os em prática. No que se refere ao apoio psicológico, os enfermeiros demonstraram preocupação em prestar apoio psicológico às clientes de modo a enfrentarem a perda de forma adequada. Já face ao bem-estar da família e ao envolvimento da mesma, os enfermeiros verbalizaram que têm em atenção estas duas vertentes e tentam com que a família seja um recurso para que a cliente se adapte à situação de forma adequada.

Quanto à disponibilidade despendida pelos enfermeiros, podemos constatar que os enfermeiros entrevistados despendem algum tempo com a cliente/família.

Os enfermeiros também verbalizaram que a empatia está evidente na sua relação de ajuda, nem que seja pelo simples facto de serem mulheres e, mesmo de forma inconsciente, colocarem-se no lugar das mulheres que cuidam. Assim, também as necessidades das clientes são tidas em conta e são proporcionados momentos para reflexão.

O respeito pelas clientes é também uma preocupação destes enfermeiros, no entanto, no que se refere ao apoio religioso, parece-nos que há alguma dificuldade em lidar com este aspecto dos cuidados de enfermagem.

No que cabe à preparação para a alta, alguns enfermeiros têm a preocupação em prepará-la desde o início do internamento, embora muito virados para a vertente física. Para outros enfermeiros, a alta é só preparada no fim do internamento e é cingida apenas à entrega da carta de alta e de documentos necessários.

Face à continuidade de cuidados, os enfermeiros, embora tenham a intenção de o fazer, não o fazem da forma mais adequada. Alguns mesmo desvalorizam por completo este tipo de cuidados de enfermagem.

Finalmente, no que diz respeito à educação para a saúde, alguns enfermeiros referem-na como sendo os ensinamentos sobre alterações físicas que vão acontecendo e/ou podem acontecer no domicílio mas, por outro lado, houve outros enfermeiros que referiram que quando faziam educação para a saúde tinham em atenção tanto os aspectos físicos como os psicológicos, inclusive um dos enfermeiros mencionou a importância da educação para a saúde, em

que tem em consideração as repercussões que o aborto espontâneo tem nas gravidezes futuras.

Nesta categoria também pode-se perceber que há uma grande preocupação por parte dos enfermeiros em manter a mulher o mais isolada possível de olhares alheios e também foi referenciado a intimidade face ao corpo. No entanto, esta última referência foi abordada por apenas um enfermeiro, o que nos faz pensar que, ou os outros enfermeiros não dão importância à intimidade do corpo, ou simplesmente não o referiram.

No que diz respeito ao sigilo profissional, notou-se que, em geral, há uma preocupação em manter o sigilo profissional pelos enfermeiros entrevistados, no que se refere às clientes.

3.2 - O ENFERMEIRO E A APRENDIZAGEM/MANUTENÇÃO DAS SUAS COMPETÊNCIAS

A categoria **o enfermeiro e a aprendizagem/manutenção das suas competências** emergiu da identificação de três subcategorias: revisão regular das práticas desenvolvidas; formação contínua e auto-formação.

Revisão regular das práticas desenvolvidas

Esta subcategoria realça a auto-crítica que o enfermeiro faz aos seus próprios cuidados com o intuito de melhorá-los, tornando-os, cada vez mais, com melhor qualidade.

Para se ser enfermeiro, capaz de conseguir cuidar de forma holística, é necessário possuir determinadas características, como: respeito pelas pessoas, abertura e receptividade, reflexão e bom senso, e ver globalmente, tal como é mencionado por Rodeia (1998). Mais acrescenta que “Ser enfermeiro é ser-se tridimensional, ou seja, é ser possuidor de um equilíbrio entre as dimensões do saber, do saber fazer e do saber ser, **pois é importante saber para agir conscientemente** (saber fazer), **não é menos importante o porquê do agir** (saber ser).” (p.60).

Assim, será importante que o enfermeiro reflecta sobre o seu desempenho, uma vez que, tomando consciência dos actos que pratica, terá uma visão da forma como cuida, tendo, deste modo, o propósito de melhorar o seu desempenho.

O cuidado às mulheres em situação de abortamento espontâneo, necessita de uma reflexão, por parte dos profissionais, acerca do exercício do cuidar, considerando-as num momento peculiar. É fundamental reflectir que está a lidar com uma mulher em situação de crise na vida porque perdeu o seu bebé e porque se encontra num momento de luto, frustrante e de grande sofrimento, permeado de culpa pelo facto de não conseguir levar adiante a gravidez.

Nesta linha de pensamento, foi visível, nos depoimentos dos enfermeiros entrevistados, que há uma intenção de prestar melhores cuidados, fruto da reflexão feita face ao seu desempenho:

É assim, de início, como também já disse, os meus cuidados, eu noto e sei, eram prestados de forma diferente, inclusive dizia coisas que hoje sei que não devia dizer. (EB).

- (...) numa fase inicial temos a tendência de errar e fazer juízos de valor “tantas mães que têm filhos não desejados e aquela senhora que desejava tanto aquele filho aconteceu essa infelicidade” isso, claro, a nível profissional não é correcto, mas passava muitas vezes pela cabeça. (EC).

- (...) há sempre que melhorar, por mais que a gente pense que está tudo bem, há sempre que melhorar. A gente pode fazer melhor e pode tentar sempre fazer melhor. Às vezes é difícil porque as senhoras são muitas e nós somos poucas, mas sempre tentar, dar o melhor e fazer o melhor porque é uma altura especialmente diferente em que as mães precisam muito de apoio. (EG).

- A gente tem que estar sempre a melhorar...a gente tem que ter sempre o espírito de tentar melhorar (...) há sempre coisas que por

vezes nos escapam, mas é humano, mas pronto, a gente tenta sempre melhorar (...) (EH).

Parece-nos que, segundo os discursos, há uma motivação para o aperfeiçoamento da forma de cuidar.

Deste modo, a motivação é um dos instrumentos mais importantes do nosso comportamento, porque se encontra na base de todas as condutas humanas sendo a “mola” responsável pela acção.

Almeida (1995) menciona que na base de qualquer fenómeno motivacional está um estado de tensão fisiológico e psicológico derivado da existência de uma necessidade. Segundo o autor, para que exista motivação tem de haver um estado de tensão no nosso organismo, que é provocado por uma determinada necessidade. Se houver esta necessidade, toda a energia será encaminhada para a sua satisfação.

É, assim, importante que os enfermeiros tenham motivação para melhorar a forma como cuidam dessas mulheres. Essa reflexão aponta, deste modo, para a procura do compreender o “ser” mulher em situação de abortamento espontâneo.

Formação contínua

A formação em serviço, como modalidade privilegiada de formação contínua, foi formalizada através do Dec.-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, que a torna não só um direito, mas também um dever.

A formação dos profissionais de enfermagem é um continuum que começa na formação base e inclui a formação complementar e a formação contínua, tal como estabelecidas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) - Formação base -> formação pós-básica -> formação permanente (contínua) - .

A formação contínua é, deste modo, e segundo Quaresma da Costa e Brito e Costa (1997), “um processo contínuo de aprendizagem, que se inicia com a conclusão da formação profissional básica e a obtenção de título profissional (de enfermagem), através da qual o indivíduo adquire e aprofunda

conhecimentos e capacidades, que visam o desenvolvimento pessoal e profissional que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados.”

A formação tem o objectivo de assegurar a actualização e o aperfeiçoamento constante dos profissionais. Assim, alguns enfermeiros verbalizaram sentirem a necessidade de fazerem formação, preocupando-se em aperfeiçoar a sua prática e também de partilhar o que foi aprendido:

E sinto também que tenho o dever, (...) de partilhar com a minha equipa (...), o que aprendi de diferente, com aquela sr.^a, tenho que partilhar com a equipa para que a equipa tenha mais conhecimentos. (EB).

- (...) logo é necessário haver formação entre a equipa de modo a superar situações as quais não estamos ainda preparadas. Formação adquirida é sempre bom em várias áreas, (...) Acho que são formações muito importantes para que possamos de certa forma ajudar aquela mãe e aquela família. (EC).

- (...) há uns tempos aí atrás, vim a uma formação “comunicação em saúde” que eu acho que foi de extrema importância porque há coisinhas às vezes, pequenos pormenores que às vezes nos passam despercebidos, e esses pequenos pormenores que nós vamos aprendendo, pessoas que vêm de fora, estão habituadas na investigação, que dedicam a sua vida àquilo é sempre uma mais valia para nós. Porque até mesmo coisas que até já ouvimos, mas que já caíram no esquecimento e ao ouvirmos pela segunda ou terceira vez até que a gente interioriza. (ED).

Tendo em conta que a formação em serviço, em enfermagem, tem um papel importante na aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, a par da formação de base, vê-se que, segundo o discurso encontrado, há uma preocupação visível em fazer formação contínua de modo a que haja: uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados; uma actualização e obtenção de novos conhecimentos e uma uniformização dos cuidados. Essas foram as vantagens esperadas da formação em serviço verbalizadas pelos enfermeiros entrevistados.

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), quando faz menção à formação do pessoal de saúde, refere que “A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir”. Mais acrescenta que “A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa (...).”

Assim, a formação contínua do enfermeiro deverá integrar-se no processo global de educação permanente e deverá preparar a pessoa para o desempenho profissional.

Auto-formação

Cada vez mais são reconhecidas e exigidas competências para o exercício de enfermagem e sem dúvida que há que responsabilizar cada enfermeiro/pessoa pelo seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A evolução da enfermagem passa pela mudança de comportamentos, contribuindo para tal a formação e o interesse individual de cada profissional em relação às actividades que desenvolve.

Assim, foi notório pelo discurso dos enfermeiros que sentem necessidade de auto-formação para melhor cuidarem:

É assim, o saber não ocupa lugar, ao fim ao cabo, e nunca é demais a gente saber mais uma coisa, é quando me deparo com essas situações, uma situação diferente digamos, para mim eu tenho o cuidado de tentar ir procurar saber mais, mesmo falando com colegas que já tiveram...que isso já lhes aconteceu, falo com elas (...) e tento interiorizar o que elas me dizem, tento procurar em bibliografia, em suporte teórico mesmo e vou mudando e sei que os meus conhecimentos têm que ser adequados a cada um.(EB).

- O que eu achei que senti mais dificuldade e que senti mais necessidade de investir foi a nível do apoio emocional, como é que

poderei ajudar essas senhoras, quais são as fases que elas passam, o luto, como é que podemos ajudar a superar o luto dessas senhoras, para que possamos de certa forma ajudá-las nessa situação tão difícil da vida delas. (EC).

- (...) quando eu fui para ali também havia coisas que eu não sabia, a gente tenta também actualizar-se, tentar procurar bibliografia, a ver o que é que é, o que não pode dar, e sobretudo a nível psicológico, vivenciar o que é o processo de luto, tentar procurar. (ED).

Os conhecimentos teóricos que eu tenho foram os conhecimentos que eu investiguei, que eu própria tive necessidade de saber. Na escola não se dá esse tipo de coisas, a gente fala no nascimento, os cuidados no puerpério mas não se fala praticamente nisso. (EH).

- (...) eu nunca recebi formação nesse sentido. É o que eu já disse, a formação que eu recebi nesse sentido foi a prática, é aquilo que eu tento descobrir pegando nos meus livros e procurando na Internet, porque, formação, formação neste sentido eu nunca recebi. (EH).

Poder-se-á pensar que o facto de verbalizarem que necessitam de fazer auto-formação, tem a ver com um insuficiente número de oferta de formação nesta área?

É importante salientar que esse tema, tal como foi dito nos depoimentos, não é muito explanado no curso de base:

-Alguna formação que se faça está mais virada para a gravidez, pré-termo, pré-eclampsia, ... os abortos são um bocado esquecidos. (EA).

- Quando vim para aqui, caí um pouco de pára-quebras, porque não se faz estágio de ginecologia nem se faz estágio de obstetrícia na Terceira, é estágio de observação. (...) dentro das curetagens, o que tive que procurar mais era, pronto, as molas, o porquê de se darem, os cuidados, as complicações, as hemorragias pós parto, os fetos maiores (...). (EF).

- Os conhecimentos teóricos que eu tenho foram os conhecimentos que eu investiguei, que eu própria tive necessidade de saber. Na escola não se dá esse tipo de coisas, a gente fala no nascimento, os cuidados no puerpério mas não se fala praticamente nisso. O que eu sei foi que eu estudei e que procurei saber, junto dos médicos, na Internet, nos livros que tenho de enfermagem. (EH).

Nota-se, segundo os discursos, que há uma necessidade de terem aprendido mais sobre essa temática na formação dada nas escolas.

É indispensável enfatizar a dificuldade dos profissionais em lidar com situações onde o morrer está presente. Será de suma importância para a melhoria dos cuidados, nestes casos, a discussão e reflexão dos profissionais, identificando as dificuldades encontradas em lidar com a situação, analisando os cuidados de enfermagem prestados.

Neste sentido perguntamos: Será que esse tema é convenientemente abordado na formação de base dos enfermeiros, de forma a prepará-los para a realidade? Será que a “fuga” de encarar essa situação dramática se repercute também nos enfermeiros formadores que elaboram os programas?

Nesta categoria, e mais especificamente na subcategoria da revisão regular das práticas desenvolvidas, parece-nos que os enfermeiros têm a preocupação de o fazer para melhor cuidar.

No que se refere à subcategoria formação contínua, há uma preocupação visível em fazer formação contínua de modo a que haja: uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados; uma actualização e obtenção de novos conhecimentos e uma uniformização dos cuidados.

Finalmente, na subcategoria autoformação, os enfermeiros verbalizaram a necessidade de a fazer e, para além disso, fazem referência ao reduzido ou inexistente número de horas para explicar essa temática no curso de base.

3.3 - O “SER” ENFERMEIRO NAS INTERVENÇÕES

A categoria o “**ser**” **enfermeiro nas intervenções** emergiu da identificação de duas subcategorias: Sentimentos vividos e “SER” com crenças e valores.

Sentimentos vividos

A pessoa do enfermeiro nas intervenções vive sentimentos e tem de ser enfermeiro.

Assim, esta subcategoria explana os sentimentos vividos pelos enfermeiros quando cuidam das mulheres que foram submetidas a curetagem em consequência de abortamento espontâneo.

Sentimento é um acto ou efeito de sentir, estado afectivo que tem por antecedente imediato uma representação mental, conhecimento por experiência vivida (Costa e Melo, 1990).

Segundo Damásio (2003), os sentimentos são a expressão do sofrimento humano, na mente e no corpo. Para o autor, os sentimentos podem ser, e geralmente são, revelações do estado da vida dentro do organismo.

É natural que os profissionais prefiram lidar com partos normais, assistir gestações bem-sucedidas, entre outras situações, do que cuidar de mulheres em que as gravidezes tiveram o seu término antes do previsto. Há um maior constrangimento em lidar com esse tipo de situações uma vez que envolve muitos e variados sentimentos, sentimentos esses que, de uma forma inconsciente, tentam-se evitar porque provocam mal-estar.

Esta realidade é verificada nos discursos apresentados pelos enfermeiros entrevistados:

- Talvez seja das situações, tirando os fetos mortos, seja das situações mais difíceis, (...). (EA).

- (...) não consigo iniciar a minha prática de cuidados calma, tranquila e bem disposta, não consigo, por receio de magoar ainda mais aquela Sr.^a e de a ofender mesmo. (EB).

- (...) Como eu já disse é uma tristeza, porque ver outra pessoa a sofrer por muitas vezes culpabilizar-se e não podermos de certa forma ajudar, porque muitas vezes queremos ajudar e não conseguimos chegar a essas pessoas e há também a sensação de impotência, (...) (EC).

- Então, às vezes, no princípio, tinha muito medo de me envolver um bocado demasiado e também começar a chorar. No fundo também temos sentimentos (...) (ED).

- Lá está, o não saber como hei-de lidar com aquela pessoa, o facto de não conhecer aquela pessoa, o medo de às vezes estar a dizer alguma coisa, de dizer alguma frase, alguma expressão, que para aquela pessoa, em vez de estar a ajudá-la estou a fazer pior. (ED).

Parece-nos, ao analisar esses discursos, que todos os sentimentos verbalizados se relacionam com a incapacidade de dar respostas às necessidades das clientes/família.

Reforçando a ideia, Luz et al (1989) enfatizam que as pessoas podem fugir da situação da perda por não saberem o que dizer, por medo de magoar, ou porque de alguma forma não conseguem lidar com esse momento que no caso traz toda uma frustração e culpa de não conseguirem levar a gravidez até ao fim.

O abortamento espontâneo causa sentimentos dolorosos, e, deste modo, pensamos que nestas situações os enfermeiros não precisam negar os seus sentimentos, mas precisam aprender a lidar com eles e conseguir da mesma maneira compreender de maneira empática o sentimento e valores das mulheres nessa condição.

Concordamos com Espiridião (2004) quando diz que estar presente como uma pessoa inteira, além do conhecimento de que somos seres humanos únicos, são condições fundamentais para cuidarmos da pessoa inteira. Mais acrescenta que o facto de o enfermeiro não saber lidar consigo próprio e com os seus sentimentos provém já desde a sua formação e é arrastado para a sua vida profissional. A autora, tem a opinião que as escolas perderam a visão do óbvio, ou seja, o ser humano não se compõe apenas de uma cabeça que deve ser

treinada, mas sim de um corpo dotado de outras vertentes, como o psíquico e com sentimentos que se influenciam mutuamente.

Assim, perguntamos: como se pode cuidar do outro, olhar para ele como pessoa com sentimentos e emoções se não conseguimos fazer o mesmo connosco?

Isso leva-nos a considerar que, para os profissionais actuarem de forma inteligente no processo de ajuda, é preciso que aceitem, compreendam e manifestem de modo mais amplo a totalidade de sua própria natureza humana.

Isso significa que o profissional tem que estar íntegro no seu ambiente de trabalho também, ou seja, conhecendo-se a si próprio, não ocultando os seus sentimentos, mas sabendo lidar com eles, olhando para si próprio noutra dimensão e abrindo possibilidades de olhar na íntegra para o outro também.

Isto vem reforçar o dito pelos enfermeiros na subcategoria auto-formação, onde se questionou acerca do número de horas que são despendidas no curso de base para trabalhar esta temática.

Assim, leva-nos a questionar: estarão os enfermeiros suficientemente preparados para lidar com os seus sentimentos e os da cliente quando se fala em perda/luto?

“Ser” com crenças e valores

A Ordem dos Enfermeiros (2001) define pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se.”(p. 16). Também é referido que o exercício profissional da enfermagem está baseado na relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa, ou de um enfermeiro com um grupo de pessoas. Quer o ser-enfermeiro, quer o ser-cliente(s) dos cuidados de enfermagem possuem os referidos quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais onde vivem e se desenvolvem.

Neste sentido, foi referenciado pelos enfermeiros que:

- (...) é sempre muito difícil prestar cuidados a uma senhora assim, muito difícil. Não sei como iniciar a prestar cuidados, é complicado. Envolve muitos valores, muitas crenças... mesmo as nossas podem ser confrontadas e isso a mim dificulta-me o trabalho. (EB).

Contudo, cada uma tem a sua crença, cada uma tem a sua maneira de ver (...) e há sempre aquela que vê de uma forma mais fria, entre aspas (...) nem sempre a abordagem é a mais correcta. (EC).

- Eu sempre tentei ser o mais profissional possível, o que faz com que muitas vezes as crenças não se reflectam para a utente, mas cada um tem a sua perspectiva face àquela situação. Como mulher, acho que um filho, apesar de não ser planeado, deve ser desejado e perder um filho desejado deve ser muito difícil e penso se algum dia isso acontecer comigo...como vou reagir? Claro que crenças todas nós temos, agora eu tento o máximo possível que não influencie o meu trabalho. (EC)

- (...) é uma situação complicada por isso, como todos nós já vivemos de uma certa forma ou de outra, nós vivenciamos perdas ou lutos e é ... porque é assim, nós não podemos pôr assim: "Ah! Se fosse eu, vivenciava desta maneira por isso ela também vai vivenciar desta maneira". Não, é diferente. (ED)

- Nunca tive nenhum receio a lidar com a morte, nem... posso considerar que nunca tive grande receio. (...) é assim, fui criada sempre com pessoas de mais idade. Já sabia desde de pequenina que íamos morrer. Pode ser que me preparou, a maneira de olhar as coisas. É uma fase da vida, e são coisas que acontecem. (EF)

É notório, nos discursos apresentados, que os enfermeiros têm alguma dificuldade em gerir os seus sentimentos quando lidam com essas situações, porque, subjacente a isso, estão crenças e valores que, de uma forma ou de outra, interferem no modo como prestam os cuidados, ou seja, interferem na sua forma de cuidar.

Compreendemos que há dificuldades a serem superadas e que os profissionais de enfermagem são pessoas que não são desprovidas de crenças e valores no exercício da profissão. Segundo Fonseca (2003), as dimensões humanas não podem ser isoladas numa pessoa, pois antes de se constituir uma pessoa, esta organiza o seu comportamento, a sua percepção de si e do mundo, dirigida por padrões do contexto onde está inserido.

No entanto, e segundo Wheeler (1999), os enfermeiros devem estar preparados para colocar de lado os seus próprios valores e crenças, de forma a estarem aptos para intervir com a cliente/família nas suas necessidades específicas. Isto vem ao encontro do que foi referido na subcategoria “sentimentos vividos” quando, num momento, se aborda o problema colocado por Espiridião (2004) de que nas escolas não se valoriza/incentiva a verbalização dos sentimentos vividos pelo estudante de enfermagem. Para o enfermeiro estar preparado para colocar de lado crenças e valores precisa de “treinar” a fazê-lo, e aí, e em nosso entender, a escola tem um papel primordial no modo como vão estimular os estudantes a lidarem/exteriorizarem as suas crenças e valores e também os seus sentimentos.

Assim, para que o enfermeiro possa cuidar e ajudar de forma eficaz a mulher/família em luto, precisa de se confrontar com os seus próprios sentimentos, crenças e valores sobre a perda e o luto. É correcto chorar com a pessoa em perda e sua família e partilhar o momento com eles, mas não é correcto mostrar-se tão emocionada que a pessoa em luto tenha de a confortar

Esta categoria faz alusão ao “ser” enfermeiro nas intervenções.

Deste modo, na subcategoria sentimentos vividos pode-se perceber que os enfermeiros também sofrem quando cuidam alguém que passa por uma perda e que todos os sentimentos verbalizados podem relacionar-se com a incapacidade de dar respostas às necessidades das clientes/família.

Também na subcategoria “ser” com crenças e valores, os enfermeiros demonstraram que têm alguma dificuldade em gerir os seus sentimentos quando lidam com essas situações, porque, subjacente a isso, estão as suas crenças e valores que, de uma forma ou de outra, interferem no modo como prestam os cuidados.

3.4 - O ENFERMEIRO NAS SUAS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS

A categoria **O enfermeiro nas suas responsabilidades profissionais** emergiu da identificação de quatro subcategorias: Tornar visível os direitos da cliente; Documentar o trabalho realizado; Trabalhar em equipa e Manter segredo profissional.

Tornar visível os direitos da cliente

Esta subcategoria expressa a preocupação que os enfermeiros têm em poupar as clientes de estarem com outras clientes que tenham passado por situações diferentes e permanecerem todas no mesmo quarto. Há uma preocupação em defender essas clientes de situações que as possam constranger e prejudicar o seu processo de adaptação à perda.

Assim, é visível, pelos discursos apresentados, que os enfermeiros demonstram ter em conta a privacidade/intimidade da cliente, lutando mesmo por essa causa:

Por exemplo, pôr uma senhora que teve um aborto ao lado de outra senhora que teve outro aborto, pronto. Até se calhar podem partilhar alguma dor. Agora com outras situações que não têm nada a ver eu acho que simplesmente não pode acontecer. E é das coisas que eu bato o pé, e é das coisas que ás vezes tenho discussões nomeadamente com as hierarquias... (...). (EA).

- (...) em que ser a equipa toda a lutar e também lutar para que eles nos dêem melhores condições nesse aspecto (espaço físico). (ED).

Por exemplo, quando fechou o serviço de ginecologia as senhoras passaram a ir para a obstetrícia até que nós, a equipa, fez uma grande coisa e dissemos: "Isso não pode ser assim, as senhoras..." e eles pronto, então... (...) e isso foi uma grande luta, (...) mas depois conseguimos porque de facto não tinha lógica nenhuma as senhoras estarem ali a sofrer, a ouvirem o choro dos outros bebés (...) (ED).

Parece-nos, segundo os discursos acima descritos, que têm a preocupação em não colocar mulheres com experiências diferentes, ou seja, colocar uma puérpara com o seu bebé ao lado de outra que sofreu um abortamento espontâneo. Esta é uma das grandes lutas visíveis que estes enfermeiros mencionam.

Assim, estes enfermeiros estão a contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades desta cliente para desenvolver um luto saudável, tal como está contemplado no artigo 89.º - da humanização dos cuidados, do Código Deontológico.

Para reforçar essa ideia, Wheeler (1999) refere que uma das condições que se deveria facultar a essas mulheres era ela própria poder escolher onde passar o puerpério, porque o facto de estas pessoas estarem numa unidade onde as outras mulheres estão com os seus filhos, ouvir o choro dos recém-nascidos e ter contacto com os mesmos e com a alegria que emana nas mães destas crianças, torna-se muito doloroso e por vezes penoso e, essas mulheres só poderão desenvolver mecanismos de readaptação se o ambiente for propício para que tal processo possa acontecer.

Documentar o trabalho realizado

Esta subcategoria mostra o que os enfermeiros fazem para documentar o trabalho realizado.

Os profissionais devem ser capazes de comunicar com clareza e precisão as informações sobre os cuidados de saúde, sejam eles de forma oral ou escrita. (Timby, 2001).

Costa (1994) distingue três tipos de registos: registos de admissão (contém dados biográficos, história social e história clínica de enfermagem); registos de evolução (contém toda a informação acerca do cliente referente a cada turno dos cuidados prestados e continuidade de cuidados); registos de alta/transferência (assegurar a continuidade de cuidados e informação para a segurança do cliente).

Documentar o trabalho realizado foi uma expressão que emergiu da preocupação dos enfermeiros em registar o que foi feito. Valorizam os registos e reconhecem a sua importância na continuidade de cuidados, como se constata nas suas expressões:

- (...) temos que registar tudo o que fizemos, tudo o que observamos, de facto há essa responsabilidade de eu registar tudo para que as minhas colegas que vão dar seguimento de cuidados, outros profissionais, possam ver o que é que aconteceu, como é que a senhora estava, o que é que observei, como é que a senhora reagiu. Portanto tudo isso são coisas que eu devo registar. (EA).

- é muito importante colocar sempre, evidenciar, nunca descorando a parte clínica, a parte física, patológica daquela mulher, é muito importante o sentimento. Colocar em registo o que aquela mulher está a sentir em relação ao seu filho, à sua gravidez ou à sua perda. Eu penso que é muito importante porque é uma forma de começar já a trabalhar. (...) é importante ficar registado, porque é uma forma de alertar a equipa toda, que a gente sabe que se for só de boca, acaba-se por perder, mas se ficar registado, documentado, eu vou lá e leio “ realmente essa Sr.^a está a apresentar isso, isso, e isso, deixa-me confirmar, e vou trabalhar aquela área”. (EB).

Está patente que os enfermeiros entrevistados sentem a responsabilidade de fazer registos para documentar o trabalho realizado, contribuindo, desta forma, para uma melhor continuidade de cuidados. Também é visível pelos discursos apresentados que os enfermeiros têm a preocupação em deixar escrito, não só o trabalho realizado, como também a vertente psicológica que está subjacente à situação vivida.

Assim, acrescenta Timby (2001) que os registos de cuidados de saúde constituem um meio de partilhar informações entre os diferentes profissionais de saúde, garantem a segurança e a continuidade dos cuidados oferecidos aos clientes e podem ser utilizados para exames da qualidade dos cuidados nas instituições de saúde, para demonstração do atendimento aos padrões nacionais de qualificação, para a facilitação de pesquisas na área de saúde,

para verificação de evidência durante um processo de perícia, evidência legal, assim como para a promoção de reembolso por parte de companhias seguradoras e acesso do cliente aos registos, o que hoje já começa a ser uma realidade, embora muito restritiva.

No entanto, é de conhecimento geral, que uma das críticas que costuma ser apontada ao trabalho dos enfermeiros é o facto de nem sempre os registos estarem de acordo com o esperado e desejado. Por vezes, alguma informação fica por registar, em especial das actividades autónomas que são contempladas nas passagens de turno. Exemplo disso é a informação aos clientes e familiares. É uma realidade constante, mas os enfermeiros não a valorizam na escrita, não a incluem nos planos de cuidados, referem-na oralmente, nas passagens de turno.

Assim, questionamos: será que todos os enfermeiros sentem a responsabilidade em fazer os registos? Será que todas as intervenções realizadas são registadas? Mesmo as actividades autónomas? Será que a linguagem utilizada, os conceitos, revelam a prática de forma clara e transparente?

Trabalhar em equipa

Esta subcategoria emana o trabalho que é desenvolvido entre a equipa de enfermagem e a preocupação da mesma em trabalhar como tal.

Assim, os enfermeiros verbalizaram que há a preocupação de efectuar trabalho em equipa e que, de uma maneira geral, ela vai se complementando ao longo dos turnos, tal como é referido nos discursos seguintes:

- (...) de uma forma geral, a equipa trabalha muito bem, porque a gente completa-se muito umas às outras. Se uma trabalhou mais numa área de manhã, a outra que vem a seguir sabe "ok, esta parte já está mais trabalhada, então vamos ver o que é que falta (...). (EB).

- Talvez quando a gente se ausenta do serviço passo as senhoras à colega, temos o cuidado de passar as nossas senhoras à colega do

lado se houver uma situação especial, dizer o que é que se passa, não levar muito tempo fora do serviço porque também para não sobrecarregar a colega (...) (EG)

Assim, colaborar todos entre equipa de enfermagem é uma das actividades desenvolvidas por esses enfermeiros, que têm a noção que se vão complementando, garantindo um serviço, ao longo das 24 horas.

No entanto, e embora tenham a preocupação em trabalhar em equipa, não fazem alusão aos diferentes profissionais que a compõem, mas sim ao trabalho entre enfermeiros.

Estarão assim esses enfermeiros preparados para o verdadeiro trabalho em equipa? Trabalhar em equipa implica as pessoas realizarem em conjunto tarefas ou missões concretas como expressão da nossa linguagem profissional. O trabalho em equipa, de acordo com Loff (1994), é a actividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais de categorias diferentes para cumprir um objectivo comum, sendo que o produto final (equipa) é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa.

Acreditamos que, nos dias de hoje, é impossível aos profissionais de saúde trabalharem isoladamente, quer devido à complexidade das situações apresentadas pelos clientes dos serviços de saúde, quer devido (Kerouac et al, 1996) ao desenvolvimento tecnológico, quer ainda à explosão e fragmentação do conhecimento.

Os técnicos de saúde fazem parte de uma equipa e, como tal, devem saber executar as suas actividades em interacção para que a melhoria da prestação dos cuidados seja alcançada.

Manter Segredo Profissional

Esta subcategoria expressa a preocupação que os enfermeiros têm em manter o sigilo profissional.

Entre quem cuida e quem é cuidado estabelece-se, quase inevitavelmente, uma relação de confiança. Esta relação exige respeito o qual se denomina de “segredo profissional”, um alargamento do segredo médico ao conjunto daqueles que cuidam. (Gueibe, 2004).

Assim, os enfermeiros entrevistados verbalizaram que estão cientes que, inerente aos seus cuidados, está sempre o segredo profissional:

- Aí claro que a confidencialidade, sem dúvida nenhuma, o segredo profissional tem que ser mantido (...) (EA).

- (...) e a gente sabe que, está sujeitos ao sigilo profissional, (...) porque eu acho que se fosse eu também não ia gostar que fossem para aí dizer que é fulana que afinal perdeu o bebé, ou aconteceu aquilo. (EB).

- É assim, aquilo é tudo confidencial. Temos que manter o sigilo profissional porque a gente não vai dizer: “ olha, aquela não sei o quê, aquela esteve lá”, porque é assim, todas nós sabemos que é uma das nossas responsabilidades não estar a divulgar fora do serviço que a pessoa esteve cá, porque a pessoa pode não gostar, e faz parte das nossas funções de enfermagem e das competências do enfermeiro guardar sigilo profissional. (ED).

- Seja qual for a situação que ocorrer aqui no serviço da minha parte não sai da porta do serviço para fora, eu não falo com mais ninguém, ou seja, a senhora fez uma curetagem, claro que eu não vou comentar com ninguém que aquela senhora fez uma curetagem, só falo com os colegas, no serviço, aquilo que é necessário e aquilo que é indispensável para o bem estar da senhora porque de resto da porta para fora não é necessário e não me compete nem devo falar com ninguém sobre coisas que se passam no serviço. Não falo de trabalho fora do ambiente de trabalho. (EH).

Parece-nos, deste modo, que há uma grande preocupação por parte dos enfermeiros entrevistados em manter o sigilo profissional.

Gueibe (2004) refere que o segredo profissional pode ser vivido a três níveis, em que num primeiro ciclo, o qual é mais amplo, exterior, diz respeito às relações que aqueles que cuidam mantêm com as pessoas fora do hospital. Todos aqueles que cuidam sabem que nada devem dizer sobre o que viram ou ouviram. O segundo ciclo reduz-se e refere-se aos que cuidam entre eles, isto é, sob o pretexto de trabalhar em conjunto, não será necessário dizer tudo o que se apreendeu do cliente, incluindo as confidências que este terá revelado num acto de confiança. O terceiro ciclo, o mais restrito, delimita a relação estrita de quem cuida com quem é cuidado, que o autor qualifica de “diálogo singular”. Isto acontece quando os profissionais de saúde, com o álibi do segredo profissional, vão mais longe do que o necessário quando fazem a anamnese.

Assim, é importante reflectir e questionar se os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm a noção que existem estes três níveis de segredo profissional. Porque, o que acontece, muitas vezes, é que o primeiro ciclo é respeitado, tal como constatamos pelos discursos dos enfermeiros entrevistados, mas os outros dois ficam muito aquém do desejado. No entanto, pensamos que isso não acontece de forma pensada e propositada, mas sim por falta de conhecimento dos diferentes níveis de sigilo profissional. Daí, a importância de haver sempre uma preocupação de formação contínua e/ou auto-formação por parte dos profissionais, de modo a exercerem com o maior rigor possível o seu trabalho.

Desta forma, parece-nos que, no que se refere à subcategoria Tornar visível os direitos da cliente, estes enfermeiros têm a preocupação em não colocar mulheres com experiências diferentes no mesmo quarto, sendo esta uma das grandes lutas visíveis que estes mencionam que tiveram; na subcategoria documentar o trabalho realizado, os enfermeiros sentem a responsabilidade de fazer registos para documentar o trabalho realizado, contribuindo, desta forma, para uma melhor continuidade de cuidados e também têm a preocupação em deixar escrito, não só o trabalho realizado como também a vertente psicológica que a cliente está a apresentar e o que foi desenvolvido nesta área; no que diz respeito à subcategoria trabalho em equipa, embora tenham a preocupação em fazê-lo, não fazem alusão aos diferentes profissionais que a compõem, mas sim ao trabalho entre enfermeiros; já face

ao sigilo profissional, notou-se que, em geral, há uma preocupação em manter o sigilo profissional pelos enfermeiros entrevistados, no que se refere às clientes.

3.5 - FACTORES CONDICIONANTES NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A categoria **FACTORES CONDICIONANTES NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** emergiu da identificação de quatro subcategorias: (Des)valorização da vinculação precoce; (Des)valorização da cultura; Gerir o espaço físico; Tempo insuficiente de hospitalização.

(Des)valorização da vinculação precoce

Esta subcategoria expressa a (des)valorização que os enfermeiros apresentam face à situação de abortamento espontâneo.

A partir do momento em se toma conhecimento da gravidez, não se trata só de um homem e de uma mulher formando um vínculo de duas pessoas, mas de um pai e de uma mãe criando um vínculo com um terceiro – o filho. Esta transição acarreta muitas expectativas, anseios e temores.

Assim, quando há um aborto espontâneo, são produzidas reacções de luto, sendo considerado por Weiss citado por Rolim e Canavarro (2006) das mais dolorosas perdas do ponto de vista psicológico.

De facto, perda é perda. Para muitos foi apenas um feto que não se desenvolveu e, dentro em breve o casal poderá tentar uma nova gravidez. Mas, para a mulher, em especial, esta é uma dor silenciosa que não encontra consolo com frases do tipo “você é jovem, logo poderá engravidar outra vez”. (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996).

Deste modo, os enfermeiros que lidam com mulheres que estão a viver esse momento precisam, para melhor cuidar, tentar entender a sua perda muito para além de uma simples perda de um embrião.

Alguns enfermeiros entrevistados possuem esta ideia e valorizam a vinculação precoce:

- Pronto, um feto morto, eu acho que é uma situação mais drástica... muito difícil mesmo, mas este é um projecto de vida interrompido (...) (EA).

- (...) E agora consigo imaginar aquilo que aquela mãe sentiu quando perdeu, mesmo que fosse uma gravidez de 8 semanas, aquilo que ela não sentiu! A dor que não teve por ter perdido aquele filho. (...) (EB).

- (...) uma gravidez que é interrompida, voluntária ou involuntariamente, no início, a meio, no fim é sempre uma perda de um familiar, porque a gente vai construindo ideias sobre aquele filho. (EB).

- (...) mesmo que seja só de 8 semaninhas, aquele embrião é nosso, e a gente acaba por criar projectos futuros para aquele ser tão pequenino. E às vezes é um sonho que a gente realmente....e então acho que todos os cuidados que a gente tem que ter com aquela mãe, são de extrema importância, (...) (EB).

- (...) às vezes as pessoas têm tendência a dizerem: “ estava no início da gravidez, mas isso não implica que a pessoa não tenha já um grande laço afectivo, uma grande vinculação àquele filho, tudo depende como a gravidez foi desejada, e isso pode ser de poucas semanas, mas só o facto de saber que está grávida, pode estar super feliz, a mãe, toda a família e isso já é sempre uma perda, uma grande perda e é sempre um processo de luto, seja como for é um processo de luto. (ED).

- (...) depois de perder... por mais que seja o tempo... o pouco tempo de gestação. Mas... pronto, elas já sabiam que estavam grávidas, estavam contentes, estavam felizes com aquela gravidez e depois perder (...) (EG).

Estes discursos mostram que esses enfermeiros valorizam a vinculação precoce e, conseqüentemente, a idade gestacional. Nalgum momento, verbalizam que muitos projectos são construídos durante a gravidez. Isso vem

reforçar o que é defendido pela literatura quando fazem menção a uma vinculação precoce que acontece, muitas vezes, antes da concepção.

Assim, concordamos com Klaus e Kennell citados por Keating e Seabra (1994) quando referem que a ligação afectiva entre a mãe e o bebé estabelece-se muito precocemente, iniciando-se antes, mesmo, da concepção, e evolui através duma série de etapas: planeamento da gestação, confirmação da gestação, aceitação da gestação, movimento fetal, aceitação do feto como um indivíduo, nascimento, ouvir e ver o bebé, tocar, segurar e cuidar dele.

No entanto, nalguns depoimentos, é visível que alguns enfermeiros não têm em conta a vinculação precoce:

- É assim, por exemplo, os abortos de 6 semanas eu não acho que elas se ressintam assim tanto, porque a maioria é tudo raparigas muito jovens. (EF).

- (...) depois é assim, quando é uma gravidez de 6/7 semaninhas..., mas se é uma gravidez de 12/18 semanas, às vezes elas já sentem o bebé a mexer. Pronto, às 6, pronto, era uma sementinha, mas a partir das 15 em que começam a sentir o bebé, já é mais difícil, porque já começaram a criar uma certa ligação, já o sentem a mexer. É uma situação que de facto depende muito da idade gestacional... (EF).

- Geralmente essas senhoras, como é muito no início da gravidez, geralmente não vinham muito deprimidas nem nada disso. (EG).

- (...) geralmente essas curetagens são feitas muito no início da gravidez, geralmente elas não vêm assim muito abaladas psicologicamente. (EG).

Cada enfermeiro tem a sua forma de representar o mundo, e não se pode impor, mesmo quando está descrito nos livros, que tenha a mesma opinião que os outros. Assim, não se pode exigir ao enfermeiro que acredite na vinculação precoce, embora muitos estudos efectuados demonstram que ela existe.

No entanto, para dar à pessoa que sofre a perda o tipo de ajuda que ela precisa, é essencial que veja as coisas do seu ponto de vista e respeite os seus sentimentos – por menos realistas que possam parecer. Pois somente se a pessoa que sofre a perda sentir que o enfermeiro pode, pelo menos, compreendê-la, haverá a possibilidade de que expresse todos os seus sentimentos, ajudando, assim, no seu processo de luto. (Bowlby, 1982)

A enfermeira deve estar atenta ao aparecimento da palavra “bebê”. A linguagem que as pessoas escolhem para expressar a percepção dos acontecimentos revela o que foi que a pessoa acredita que perdeu, ou a que está a ser motivo de sofrimento. (Wheeler, 1999).

Tudo isto porque o exercício da profissão da enfermagem se centra na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa. Tendo em consideração que o abortamento espontâneo é um acontecimento que leva a uma situação de crise na pessoa que o vive, então, os cuidados que lhe são prestados serão experimentados de forma mais intensa.

(Des)valorização da cultura

O ser humano é um ser bio-psico sócio cultural e espiritual. Por ser assim, ele não consegue viver desprovido de uma cultura, tendo esta uma influência extraordinária nos comportamentos dos indivíduos o que, por vezes, condiciona ou não o cuidar por parte dos enfermeiros.

A compreensão da cultura passa por um conjunto de “lentes” através do qual vemos o mundo das inter-relações que nos rodeia, e do qual as nossas percepções são influenciadas e construídas no processo vivencial com a sociedade dinâmica na qual estamos inseridos.

Os mecanismos que as pessoas desenvolvem para lidarem com a perda são fortemente influenciados pela sociedade e cultura em que vivem e o enfermeiro antes de mais é pessoa, e por sê-lo, goza também de uma determinada cultura que pode ir, ou não, ao encontro da do cliente. Deste modo, existe alguma divergência nos discursos dos entrevistados

relativamente à valorização da cultura aquando dos seus cuidados. Foi verbalizado que:

(...) não sei se a forma de encarar o aborto é muito diferente na nossa cultura, mesmo de freguesia para freguesia, ou de estrato social para estrato social, eu não tenho essa ideia. Agora, se calhar até é, e aqui quem está errada na prestação de cuidados sou eu, porque não tenho muito isso em conta. (EA).

- (...) mas vai-me dizer assim: “ uma Sr.^a que tinha uma necessidade cultural determinada...” não sei, não é uma coisa que esteja atenta, não é uma coisa que me lembre de estar atenta. (EA).

É notório neste discurso que a enfermeira não está atenta ao aspecto cultural do cliente.

Por outro lado, foi referenciado por alguns que a cultura de cada cliente era tido em conta aquando dos cuidados, modificando, se necessário, a prestação dos mesmos. Isso está patente nos excertos apresentados de seguida:

Portanto tento sempre respeitar os valores culturais, as normas de vida daquela senhora.(EB).

- Por exemplo, os ciganos que nós sabemos que têm muito a sua própria cultura e não são abertos a nada do exterior, nós tentamos ir de encontro à cultura deles, porque acho também que o profissional de saúde em qualquer situação deve de ir ao encontro do seu utente e nunca o utente de encontro ao profissional de saúde. (EB)

Eu tento sempre ir de encontro aos aspectos culturais. Se a senhora prefere assim, ser tratada de uma maneira ou de outra, (...) (EB).

- Nalgumas culturas isso pode fazer parte e até as pessoas podem gostar que se diga qualquer coisa, mas noutras não. (ED).

Compreendemos que, de facto, podem haver dificuldades a serem superadas por parte dos enfermeiros, no que diz respeito à valorização da cultura do cliente, porque os profissionais de enfermagem são pessoas que não são

desprovidas da sua própria cultura no exercício da sua profissão. Pensamos que o facto de o enfermeiro ser pessoa antes de ser enfermeiro, poderá em muito contribuir para um melhor ou pior desempenho neste campo. Deste modo, é necessário que o enfermeiro cuide pensando no cliente com a sua própria cultura e que deve ser respeitado como tal.

Gerir o espaço físico

Esta subcategoria revela a preocupação que os enfermeiros têm na gestão do espaço físico de modo a proporcionar à cliente/família privacidade/intimidade para viver o momento de perda.

Assim, foi mencionado, pelos enfermeiros entrevistados que, pelo facto de o serviço possuir apenas um quarto com uma cama, por vezes tinham de efectuar algumas mudanças para tornar o ambiente o mais propício possível para a cliente/família vivenciar a perda, fazer o seu luto.

- Eu faço isso, nunca, quando sou eu a receber a senhora, ela nunca fica num quarto com outras senhoras nem que eu tenha que mudar essas senhoras para outro quarto, às vezes acontece. (EA).

- (...) mas uma das coisas que não concordo é o espaço físico. Quarto de 3 camas é um exagero. (...) por isso, a nível de espaço físico...ui, tantas alterações que uma pessoa fazia ali! (EB).

- Raramente havia quartos individuais e depois é assim, os quartos individuais estavam indicados para as pré-eclampsias e/ou doenças contagiosas e na obstetrícia havia o quarto, mas que também é para as grávidas, e às vezes tínhamos situações que naquele quarto havia uma puérpera com o seu filho, uma grávida com patologia e uma senhora com curetagem, ou seja, é um bocado complicado. (ED).

-. Tentávamos ...e pronto, isso acontecia, muitas vezes nós mudávamos as senhoras de quarto de um lado para o outro, tentávamos encaixar essas senhoras com a parte de ginecologia,

mas nunca com as grávidas. Nós tentávamos ao máximo lidar com essa situação de espaço físico. (EE).

- Há pessoas que preferem estar isoladas, outras não. Tínhamos as duas opções, (...). Com o serviço cheio, então aí não há nada a fazer, mas dentro das possibilidades ia ao encontro das necessidades delas. (EE).

Estes discursos mostram que há a preocupação em respeitar o momento vivido, compreendendo a cliente na sua totalidade, apoiando-a nas suas necessidades, proporcionando, no que podem, um ambiente o mais adequado possível ao momento de crise. No entanto, estão bem patentes as dificuldades que às vezes estes enfermeiros têm de ultrapassar para que seja possível proporcionar esse tipo de ambiente.

Segundo Wheeler (1999), se o sofrimento com a morte/perda envolve a realização de certos rituais e a capacidade de sentir, pensar e fazer certas coisas num ambiente social que apoia esses procedimentos, estar num ambiente social estranho poderá ser extremamente difícil para o indivíduo de luto. Deste modo, e sendo o luto muito pessoal e privado, a avaliação dos cuidados de enfermagem deve basear-se na construção de um ambiente no qual as famílias possam expressar o seu luto, bem como as suas necessidades. Por vezes, o que também acontece é que os enfermeiros estão despertos para este problema, mas outras dificuldades, tal como o espaço físico, aparecem e formam obstáculos para que se cuide destas clientes/famílias com melhor qualidade.

Então arriscamos questionar: será que as instituições de saúde estão sensibilizadas para este problema? Será que, tendo em conta toda a legislação que apoia o cliente no que concerne ao direito de ter um ambiente propício para desenvolver as suas capacidades, de modo a potencializar os seus recursos para uma recuperação mais rápida e melhor, não é suficiente para as instituições tentarem melhorar o espaço físico que possuem nos diferentes serviços? Será que foi uma boa opção fechar o serviço de ginecologia? Melhora com isso o bem-estar das clientes que passam por um processo de abortamento espontâneo?

Tempo insuficiente de hospitalização

Cuidar é um processo que demora o seu tempo. Mesmo que, em determinadas situações, seja urgente e desta feita necessária uma resposta rápida, cuidar opõe-se a qualquer noção de produto restrito, que implica a rapidez incondicional. (Petit, 2004).

Deste modo, é verbalizado pelos enfermeiros que um dos motivos que faz com que as clientes sejam pouco cuidadas é o curto período de tempo de internamento:

Eu posso contar pelos dedos o tempo que tive, no tão rápido tempo de internamento, tempo que tive para atender aquela pessoa na sua globalidade, ou ter tempo para isso, porque tenho outras pessoas para prestar cuidados, porque é tudo muito rápido. (EA).

- Porque muitas vezes, as Sr.^a chegam, acabam de chegar do bloco de partos, (...) depois estão connosco e passadas umas horas vão-se embora. (...) E é um dos entraves que eu encontro é precisamente isso, é o pouco tempo de contacto que eu tenho com ela.(EB).

- As senhoras estão às vezes connosco 3 a 6 horas ou no máximo um dia, também muitas vezes não dá para explorar muito essas coisas, (...) (ED).

- (...) o tempo de internamento é tão pouco que quase não se tem tempo de ...o tempo de internamento é muito, muito pouco. Não se consegue chegar, não se consegue fazer, muitas vezes não se consegue dar o apoio necessário às senhoras.. (EG).

É notório que há um sentimento generalizado, nos enfermeiros entrevistados, de que podiam fazer melhor se o internamento fosse mais longo. Tendo em conta as palavras do autor acima descrito, cuidar exige tempo, tempo para olhar para além das aparências, para além daquilo que se vê à primeira vista. Assim, e uma vez que se desvaloriza cada vez mais o cliente como pessoa que precisa ser cuidada e se enverga por uma política de saúde cada vez mais economicista, é compreensível que estes profissionais de saúde tenham

sentimentos de impotência face a esse tipo de situações, pois este é um problema que os transcende e que a sua resolução tem que passar pelos membros de hierarquia mais elevados.

Assim, arriscamos questionar: Valerá a pena insistir numa política de cuidar que tem em conta a globalidade do indivíduo, quando cada vez mais as instituições dão apenas valor à eficácia do trabalho dos profissionais, dando novamente relevo ao modelo biomédico? Será uma luta inglória implementar modelos de enfermagem que têm em consideração o indivíduo como um todo em detrimento do modelo biomédico, cujo objectivo era a sua erradicação?

Essa categoria está subdividida em quatro subcategorias. Na primeira subcategoria, a (des)valorização da vinculação precoce, as opiniões divergem. Se, por um lado, há enfermeiros que acreditam neste tipo de vinculação e regem os seus cuidados de enfermagem tendo em consideração esta realidade, por outro, há enfermeiros que a desvalorizam não dando muita importância ao acontecimento (abortamento espontâneo).

Na subcategoria (des)valorização da cultura há enfermeiros que verbalizam ter em consideração a cultura de cada cliente, no entanto, outros demonstram desvalorizar um pouco esta vertente da cliente a que prestam os cuidados de enfermagem.

Pode dizer-se que estas duas subcategorias estão mais relacionadas com a postura do enfermeiro face à situação.

Já na subcategoria gerir o espaço físico, está patente que há a preocupação em respeitar o momento vivido, proporcionando, com alguma dificuldade, um ambiente o mais adequado possível ao momento de crise. No entanto, é perceptível que às vezes estes enfermeiros têm de ultrapassar alguns obstáculos para que seja possível proporcionar esse ambiente.

Finalmente, na subcategoria tempo insuficiente de hospitalização, é notório que há um sentimento generalizado, nos enfermeiros entrevistados, de que podiam fazer melhor se o internamento fosse mais longo.

Estas duas últimas subcategorias não são inerentes aos enfermeiros, estando mais relacionadas com factores externos, inerentes à instituição e sua administração.

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

Começámos um estudo, investigámos, há mais de dois anos, e chegamos a esta etapa, ao término conscientes que muito há a percorrer para o desenvolvimento do *corpus* de conhecimentos da enfermagem e sua aplicação na prática, embora tenhamos, de algum modo, contribuído para o desenvolvimento das suas intervenções.

Surgiram dificuldades em definir a ideia central, porque os enfermeiros sabem mais da sua experiência do que o relatado, e é comum haver dificuldade em explicitar o que se faz. Mas, face ao que nos foi transmitido na primeira pessoa e após análise dos dados, emergiram muitos indicadores comuns que, agrupados, resultaram nas subcategorias e posteriormente, estas em cinco categorias. Todas elas têm interligação dando origem à ideia central: **“o “ser” enfermeiro, na intenção de cuidar”** que pensamos demonstrar/descrever uma realidade, a do estudo, dando resposta ao objecto de estudo que lhe está subjacente: “ Que representações têm os enfermeiros face à prática do cuidar à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento?”

O nosso estudo teve como objecto o enfermeiro, e a nossa preocupação foi perceber que práticas os enfermeiros desenvolvem com a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento e compreender que representações têm os enfermeiros face à prática do cuidar a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento.

Ressaltamos que as intervenções de enfermagem estão divididas em actividades interdependentes, isto é, são todas as actividades autónomas, que são aquelas desenvolvidas a partir das prescrições dos enfermeiros, nas quais está subjacente a intencionalidade do enfermeiro e a sua percepção de cuidar em enfermagem. e as actividades desenvolvidas a partir das prescrições médicas.

Neste estudo constatou-se que os enfermeiros, no geral, têm a preocupação/intenção de cuidar a mulher em situação de aborto espontâneo em contexto de internamento, tendo em conta as suas vertentes bio-psico, sócio, culturais e espirituais.

No entanto, e pelo facto do enfermeiro antes de o ser é um ser humano com as suas próprias características, este age consoante as suas crenças e valores tornando, por vezes, os cuidados que presta de menor qualidade.

Assim, ficou patente que existem dois tipos de factores que podem condicionar a qualidade dos cuidados de enfermagem: os inerentes ao enfermeiro, ressaltando, deste modo a (des)valorização da vinculação precoce e a (des)valorização da cultura do outro, e os externos, como o espaço físico e o tempo insuficiente de hospitalização. Relativamente aos factores inerentes ao enfermeiro há uma divergência de opiniões, isto é, se por um lado acreditam na vinculação precoce e regem os seus cuidados de enfermagem tendo em consideração essa realidade, por outro, foi mostrado, pelos excertos das entrevistas, que por vezes a desvalorizam não dando muita importância ao acontecimento (abortamento espontâneo).

Quanto à (des)valorização da cultura ficou patente, segundo alguns excertos de entrevistas, que os enfermeiros por vezes desvalorizam um pouco esta vertente da cliente a que prestam os cuidados de enfermagem.

No que diz respeito aos factores que são externos e mais propriamente ao espaço físico, é perceptível que estes enfermeiros têm que ultrapassar alguns obstáculos para que seja possível proporcionar um ambiente o mais adequado possível ao momento de crise. Quanto ao tempo insuficiente de hospitalização, é notório que há um sentimento generalizado nos enfermeiros entrevistados de que podiam fazer melhor se o internamento fosse mais longo.

Também é importante referir que o enfermeiro apresenta sentimentos de angústia e tristeza face à situação de abortamento espontâneo. Assim, com este estudo, pode-se perceber que os enfermeiros também sofrem quando cuidam alguém que passa por uma perda e que todos os sentimentos verbalizados podem relacionar-se com a incapacidade de dar respostas às necessidades das clientes/família. Também, pelo facto de serem um “ser” com crenças e valores, os enfermeiros demonstraram que têm alguma dificuldade em gerir os seus sentimentos quando lidam com estas situações.

Assim, Maliski (1998) refere que o enfermeiro não é imune à perda e ao luto, o que faz com que precise de se consciencializar deste facto e consentir sofrer quando necessário, de forma a manter-se saudável e capaz de prestar cuidados

com qualidade. Ele também é um ser humano inserido numa sociedade com uma cultura estabelecida, a qual permite a emergência de determinadas atitudes acerca da morte/perda e de manifestações apropriadas no sofrimento.

A par disto, os enfermeiros devem reconhecer que, para que o exercício da enfermagem seja desempenhado com qualidade, o enfermeiro deverá ter em consideração a aprendizagem/manutenção das suas competências, fazendo uma revisão regular das práticas desenvolvidas, formação contínua e auto-formação. Neste sentido, constatou-se que os enfermeiros têm a preocupação de fazer uma revisão regular das práticas que desenvolvem, para melhor cuidar. Há também uma preocupação visível em fazer formação contínua de modo a que haja uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados; uma actualização e obtenção de novos conhecimentos e uma uniformização dos cuidados. Já na autoformação os enfermeiros verbalizaram a necessidade de a fazer e, para além disso, fazem referência ao reduzido ou inexistente número de horas para explicar esta temática no curso de base.

Neste sentido, a Ordem dos enfermeiros (2003), ao descrever as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, faz menção, no Desenvolvimento profissional, nomeadamente no que se refere à formação contínua, que o enfermeiro leva a efeito uma revisão regular das suas práticas; assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências e actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.

Igualmente com este estudo verificou-se que os enfermeiros assumem determinadas responsabilidades aquando do seu desempenho como profissional de enfermagem. Assim, têm a preocupação em não colocar mulheres com experiências diferentes no mesmo quarto, sendo esta uma das grandes lutas visíveis que estes enfermeiros mencionam que tiveram e continuam a ter; sentem a responsabilidade de fazer registos para documentar o trabalho realizado, contribuindo, desta forma, para uma melhor continuidade de cuidados e também têm a preocupação em deixar escrito, não só o trabalho realizado, como também a vertente psicológica que a cliente está a apresentar e o que foi desenvolvido nesta área; quanto ao trabalho em equipa, embora tenham a preocupação em trabalhar em equipa, não fazem alusão aos

diferentes profissionais que a compõem, mas sim ao trabalho entre enfermeiros.

É preciso reconhecer a singularidade de cada mulher/família que vive um abortamento espontâneo, pois cada mulher e cada profissional são únicos, e a procura de um cuidar direccionado à totalidade envolve o interessar-se realmente pelo outro. É importante, assim, que os profissionais reflectam no que é cuidar para eles mesmos e no sentido do seu trabalho.

Um cuidar humano e genuíno não restringe a mulher a uma situação de perda natural, presa ao momento, condicionada a uma rotina, mas dá ideia do ser como existência, aberto ao que se passou na sua vida e ao que virá.

Com o término deste trabalho concluímos que na prática destes enfermeiros, relativamente ao cuidar a mulher em situação de abortamento espontâneo, está subjacente a intenção de cuidar, embora não especificada objectivamente, e a prática de enfermagem face a essas clientes/família fundamenta-se nos conhecimentos do cuidar, através dos contributos da investigação e da teoria desenvolvida na própria disciplina.

No entanto, continua a ser necessário aprofundar esta problemática com trabalhos de pesquisa subsequentes, nomeadamente em termos de compreender o significado dos cuidados de enfermagem por parte das clientes de modo a olhar noutra perspectiva esses mesmos cuidados. Seria, assim, interessante desenvolver um novo estudo no sentido de perceber como perspectivam as clientes os cuidados de enfermagem, de modo a poder fazer um cruzamento de dados com o presente trabalho. Também seria interessante fazer um estudo nesta área em termos de cuidados de saúde primários de forma a tentar perceber se há continuidade de cuidados com as mulheres depois de sofrerem um abortamento espontâneo.

A experiência de desenvolver este trabalho tornou-se, de facto, extremamente enriquecedora tanto em termos pessoais como profissionais proporcionando novos horizontes para aprofundar a investigação nesta área. Tendo em conta que a aprendizagem faz-se segundo um processo de aquisição de conhecimentos, seria interessante desenvolver um doutoramento, dando continuidade a esse estudo, onde se acrescentaria uma observação participante de modo a suportar os dados aqui colhidos, confrontando as

representações que os enfermeiros têm sobre o cuidar a mulher em situação de abortamento espontâneo e o que desenvolvem na sua prática quotidiana. Assim, seria uma forma de aprofundar conhecimentos sobre a área desenvolvida.

Como actores principais e sociais envolvidos nesse trabalho, cabe-nos, após este caminho percorrido e face às conclusões e implicações, traçar algumas sugestões:

- à reorganização, ou seja, que as organizações criem espaços para reflexão dos profissionais sobre as suas práticas, sobre as vivências diárias dos enfermeiros, os sentimentos vividos, as dificuldades encontradas, por forma a darem respostas sobre o cuidar e a sua importância, envolvendo-se cada vez mais aquando dos cuidados;

- ao reforço de formação, porque cada vez mais é exigida aos enfermeiros respostas eficazes às exigências da sociedade o que implica uma fundamentação teórica e prática, para acompanhar todo o processo de mudança e inovação;

- voltar a ter um serviço específico para essa área (serviço de ginecologia) de modo a que o espaço físico envolvente seja um factor facilitador para uma readaptação saudável face à perda por parte da cliente/família permitindo também aos profissionais, desempenhar uma prática de cuidados com qualidade.

- que se aposte num internamento mais longo, de modo a que os enfermeiros possam cuidar dessas mulheres/família em todas as suas vertentes, bio-psico-socio-culturais e espirituais.

. Chegamos ao fim deste trabalho, com satisfação, mas convencidos que muito haverá ainda a investigar sobre esse fenómeno, presente nas vivências diárias de muitos. No entanto, pensamos que conseguimos atingir os objectivos a que nos propusemos, tendo a percepção que contribuimos, de alguma forma, para o enriquecimento do conhecimento em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Almeida, F.(1995). *Psicologia para gestores, comportamentos de sucesso nas organizações*. Editora MacGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Ballone, G. (2002). *Lidando com a perda (para a família)*. Recuperado em 16 de Outubro de 2007 de <http://www.gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/cancer3.html>.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*.Lisboa: edições 70.
- Berger, P. I. (1978). *Perspectivas Sociológicas: uma visão humanística*. (4ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes Ltda.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bowlby, J. (1979). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Bowlby, J. (1998). *Apego e Perda: Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Bowles, S., James, L., Solursh, D., Yanceu, M., Epperly, T., Folen, R., & Masone, M. (2000). *Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion*. Retrieved November 12, 2007, from The American Academy of Family Physicians: <http://www.aafp.org/afp/20000315/1689.html>.
- Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brito e Costa, M. & Quaresma da Costa, C. (1997). Formação em serviço: Mitos e realidades. *Revista Sinais Vitais*. nº15, p. 44-46.
- Campos, G. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In E. Merhy, (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público*, (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.

- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Carpenter, D.(2002). Exigências éticas na investigação qualitativa. In Streubert, H. & Carpenter, D. *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed). (pp.37-47) Loures: Lusociência.
- Carpenter, D.(2002). Método de Teoria Fundamentada. In Streubert, H. & Carpenter, D.. *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed). (pp.111-128) Loures: Lusociência.
- Cerqueira, M. & Gomes, J. (2005, Setembro). Comunicar em enfermagem. *Sinais Vitais*, nº 62, p. 55-57.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel-edições técnicas.
- Costa, D. (1994, Julho). Registos em enfermagem. *Divulgação*, Ano VIII, 31, p. 15-17
- Couto, A. J. (1994). *Crenças e Representações na Gravidez na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Cruz, M. M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 367-402.
- Cuvillier, A. C. (1977). *Manual de Sociologia: Sociologia da cultura*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinhosa. As emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. (2ªed.). Mem Martins. Publicações Europa-América.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996 (1996). Diário da república I-Série-A n.º 205 p. 2959.
- Dias Cordeiro, J.C. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dias dos Santos, A. L., Rosenburg, C. P. & Buralli, K. O. (2004). *Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa*. Recuperado em 12 de Novembro de 2007 em Revista Saúde Pública: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19788.pdf>.

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea: Academia das Ciências de Lisboa (2001). Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo.

Durkheim, É. (1998). *As regras do método sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.

Espiridião, E. & Munari, D. (2004). Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do académico de enfermagem sobre a sua formação. *Revista Escola de enfermagem USP* (pp. 332-340). Pesquisado em Junho de 2008 em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/143.pdf>

Ferreira, L.M., Góis, G.M., Faria, M.C. & Correia, M.J. (1990). O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), p.399-402.

Ferreira, M. A. (2003). O olhar dos enfermeiros sobre a profissão - um estudo de representações sociais. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, p.17-26.

Gesteira, S., Barbosa, V. & Endo, P. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*: Recuperado em 12 de Novembro de 2007 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400016&lng=pt&nrm=iso.

Gomes Pedro, J.C. (1985). *A relação mãe-filho: A influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Estudos gerais série universitária.

Gomes, R., Mendonça, E. A., & Pontes, M. L. (2002). *As representações sociais e a experiência da doença*. Recuperado em 3 de Dezembro de 2007 em *Cadernos de Saúde Pública*:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

- Gómez, G., Flores, J. & Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Griebel, C., Halvorsen, J., Golemon, T., & Day, A. (2005). *Management of Spontaneous Abortion*. Retrieved October 23, 2007, from American Family Physician: <http://www.aafp.org/afp/20051001/1243.html>.
- Guedeney, A. (2004). Biologia e etiologia na teoria da vinculação. In N. Guedeney & A. Guedeney (coord.), *Vinculação: Conceitos e aplicações*. (pp. 123-128). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gueibe, R. (2004). O sofrimento: uma história na vida de quem cuida e de quem é cuidado. In W. Hesbeen, W., *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidado* (pp.71-85). Loures: Lusociência.
- Heilborn, M.L. (2002). *Fronteiras simbólicas: género, corpo e sexualidade*. Cadernos: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Acção (CEPIA). Recuperado em Maio de 2008 em http://sistema.clam.org.br/biblioteca/files/Fronteiras%20simb%C3%B3licas_%20g%C3%AAnero,%20corpo%20e%20sexualidade.DOC.
- Herzlich, C. (2005). *A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença*. Recuperado em 23 de Novembro de 2007 em Physis: Revista de Saúde Coletiva: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Jovchelovitch, S. (2004). *Psicologia social, saber, comunidade e cultura*. Recuperado em 3 de Dezembro de 2007 em Psicologia & Sociedade: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a04v16n2.pdf>.

- Keating, I. & Seabra, M.J. (1990). Luto e Vinculação. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 291-300.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F, Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona : Masson.
- Klauss, M. H., Kennell, J. H. & Klauss, P. H. (1995). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. São Paulo: Artmed editora.
- Klein, P. (1999). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In I. M. Bobak, D. L. Lowdermilk, M. O. Jensen, & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.). (pp.130- 181) Loures: Lusociência.
- Lakatos, E.M. (1990). *Sociologia Geral*. (6ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Recuperado em Maio de 2008 em <http://www.cm-mirandela.pt/files/17/1751.pdf>.
- Lessar-Hérbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa : fundamentos e práticas*. Lisboa: Epistemologia e Sociedade.
- Loff, A. (1994, Nov./Jan). Relações interpessoais. *Enfermagem em foco*, Ano IV, 13, p. 56-63.
- Loney, M., (2003). Perda, Luto e Morte. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ªed.) (pp.185-218). Loures: Lusociência.
- Lopes, M.J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Gráfica 2000.
- Luz A., Santos E., Mendes S. & Agostini S. (1986). Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. *Rev. Bras. Enfermagem* 1989; 42: 92-100. Recuperado em Maio de 2008 em <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0102-311X200500030000500003&pid=S0102-311X2005000300005&lng=pt>
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez*. (17ª ed.) São Paulo: Editora Saraiva.

- Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (1996). *Nós Estamos Grávidos*. (13ª ed.) São Paulo: Saraiva.
- Maliski, S. (1998). Lidar com a perda e o luto. In V.B. Bolander, *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. (pp.1851-1882). Lisboa: Lusodidactica.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto editora.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *An Expanded Sourcebook qualitative data analysis*. (2nd ed.) Califórnia: Sage Publications, Thousand Oaks.
- Moscovici, S. (1984). *Psicología social I: influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Neil, R. M. (2004). Filosofia e Ciência do Cuidar. In Tomey A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). (pp. 163-183). Loures: Lusociência.
- Neves, M. (1997). Ética e Ambiente. In Gabinete de Investigação de Bioética - *Ética da vida, vitalidade da ética*. (pp. 145-163) Porto: GIB.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, S. (2000). *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. (2ª ed). São Paulo: Pioneira.
- Ordem dos Enfermeiros (2006) - *Reflexões - padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Recuperado em 26 de Abril de 2006: em Ordem dos Enfermeiros:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=48&view=news:Print&id=58>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003) - *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: O. E.,. 24p.
- Osswald, W. (2002). Humanização, ética, solidariedade - *Cadernos de Bioética*. Nº 29 (pp. 15-20). Coimbra: Centro de Estudos de Bioética.

- Pacheco, S. (2002). Os direitos e deveres da pessoa doente: perspectiva do profissional de saúde - *Cadernos de Bioética*. Nº 29. pp.(39-48). Coimbra: Centro de Estudos de Bioética.
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research methods*, (2nd ed.) Califórnia: Sage Publications, Newbury Park.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Grafilarte.
- Peneff, J. (2002). *O hospital na urgência*. Vale Gemil: Formasau.
- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade. In W. Hesbeen, W., *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidado* (p.71-85). Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phillips, K. D. (2004). Modelo de adaptação. In Tomey A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). (pp. 301-333). Loures: Lusociência.
- Phyllis M. K. (1999). Anatomia e fisiologia da gravidez. In I. M. Bobak, D. L. Lowdermilk, M. O. Jersen, & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.). (pp.95-114) Loures: Lusociência.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1998) Recuperado em Maio de 2008 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>
- Rezende, J. & Montenegro, C.A. (2002). Abortamento. In J. Rezende, *Obstetrícia*. (9ª ed.) (pp. 716-741). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Ribeiro, L.F. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa-Formação.
- Rocher, G. (1989). *Sociologia Geral: A acção social*. Lisboa: Editorial Presença.
- Rodeia, J. (1998, Março - Abril). A pessoa e o cuidar em enfermagem. *Servir*. (pp. 56-60) Vol. 46, 2, p. 56-60.
- Rolim, L., Canavarro, M.C. (2006). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto.
- Rosenblatt, P. (2003). O luto em sociedades de pequena escala. In Parkes, C., Launani, P., Young, B. *Morte e luto através das culturas* (pp. 41-68). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sastre, R. & Solís, M. (2000, Marzo) – Investigar, desde la teoría y la práctica. *Revista Rol Enf*. Vol.23, p. 184-191.
- Soares, I. (2006). Vinculação e cuidados maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. C. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade*.(2ªed.). (pp.75-102). Coimbra: Quarteto.
- Sodré da Motta, I. (2005). *A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “ o olhar da mulher”*. Recuperado em 3 de Março de 2007 de <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2.pdf>.
- Sousa, L. (1998). A entrevista, o imaginário e a intuição. In Gauthier, J., Cabral, I., Santos, I., & Tavares, C.. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. (pp. 30-50). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Spink, M. J. (1993). *O conceito e representação social na abordagem psicossocial*. Recuperado em 3 de Dezembro de 2007 em Cad. Saúde Pública: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf>.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência.

- Streubert, H. (2002). A produção da investigação qualitativa: elementos comuns essenciais. In Streubert, H. & Carpenter, D.. *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed). (pp.17-34) Loures: Lusociência.
- Tavares, C. M., & Teixeira, E. R. (2003). Trabalhando com representações sociais na enfermagem. In Gauthier, J. H., Cabral, I. E., Santos, I., & Tavares, C.M., *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. (pp. 51-59). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.
- Teixeira, P.M. (1996). *Representação social do enfermeiro*. Revista Portuguesa de Enfermagem, 2, 112-177.
- Thompson, I.E., Melia, K.M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Timby, B. (2001). Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. (6ª ed.) Porto Alegre: Artmed Editora
- Tomey A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro, (coord.), *Psicologia Social*. (4ª ed.). (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In, A. Silva, & J. M. Pinto, (orgs.). *Metodologia das ciências sociais*. (13ª ed.). (pp.101-128) Porto: Ed. Afrotamento.
- Waldow, V., Lopes, M. & Meyer, D. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Welch, A. Z. (2004). Cuidar Cultural: teoria da diversidade e da universalidade. In A. Tomey M. & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). (pp. 563-591). Loures: Lusociência.

Wheeler, S.R. (1999). Perda e Luto. In I. M. Bobak, D. L. Lawdermilk, M. O. Jensen, & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.). (pp. 854-875). Camarate: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I
Pedido de autorização ao Hospital do Divino Espírito Santo

Ao Conselho de Administração do
Hospital do Divino Espírito Santo

Assunto: Trabalho de investigação no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Maria Isabel Ventura Araújo Moreira, aluna do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – turma B, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, vem solicitar autorização para aceder ao Serviço de Ginecologia a fim de proceder à selecção dos participantes (enfermeiros) do trabalho de investigação que pretende realizar subordinado ao tema "As lágrimas por um filho que nunca se conheceu: cuidar da mulher em situação de aborto espontâneo". Este estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres em situação e aborto espontâneo em contexto de internamento e promover uma melhor adaptação à situação, e perseguirá os seguintes objectivos: Compreender que representações têm os enfermeiros face à prática do cuidar à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento; Perceber que práticas os enfermeiros desenvolvem com a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Maria Arminda Costa.

A investigação em causa seguirá uma metodologia qualitativa. Como critérios de elegibilidade definimos: os enfermeiros que tenham tido experiência de cuidar de mulheres em situação de aborto provocado; que aceitem participar no estudo, após terem sido devidamente esclarecidos, acerca da finalidade do mesmo.

A colheita de dados será efectuada no Serviço dos participantes seleccionados ou outro local por eles indicado, de acordo com a sua disponibilidade e marcação prévia, tendo sempre em atenção não perturbar a dinâmica dos serviços.

Os dados colhidos serão apenas para usar no presente estudo.

Não estão previstos danos, e os benefícios do estudo relacionam-se com o aumento de conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim, a oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem. A participação dos informantes é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo.

Para assegurar o rigor científico ter-se-á em conta os critérios de credibilidade, segurança, confirmabilidade e transferibilidade.

No que diz respeito aos procedimentos éticos compromete-se em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça.

A identidade dos informantes apenas será conhecida pelo investigador, salvaguardando-se assim o direito à privacidade e ao anonimato.

Compromete-se a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço, e em divulgar os resultados do estudo junto da V. Instituição após o seu terminus, previsto para Março de 2008.

Em anexo envia o Projecto de Tese, o Documento de Consentimento Informado, a Nota Biográfica da orientadora do estudo e da investigadora.

Grata pela atenção dispensada, solicita deferimento.

A Mestranda

(Maria Isabel Ventura Araújo Moreira)

ANEXO II
Autorização concedida pelo Hospital do Divino Espírito Santo



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DE SAÚDE

HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA, EPE

Exma. Senhora
Enfª Maria Isabel Ventura Araújo Moreira
Travessa Rosa Jacinta, nº 29
Fajã de Cima
9500-512 Ponta Delgada

V/ Referência	Data	N/Referência	Data
		S-HDES/2007/2957	5 Setembro 2007

ASSUNTO: Pedido de Realização de Trabalho de Investigação.

Em resposta ao solicitado informamos que foi autorizada a realização do Trabalho de Investigação do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto subordinado ao tema "As Lágrimas por um filho que nunca se conheceu: cuidar da mulher em situação de aborto espontâneo".

Cumprimentos,

A Enfermeira Directora,

Cândida Benevides

ANEXO III
Guião da entrevista semi-estruturada

GUIÃO DA ENTREVISTA

Objectivos do trabalho

- Perceber que práticas as enfermeiros desenvolvem com a mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento;
- Compreender como os enfermeiros/as representam as suas competências quando cuidam a mulher em processo de abortamento.

Após assinatura do respectivo *consentimento informado*, lembrar-se-á a finalidade do estudo antes da colocação das questões de acordo com o seguinte esquema:

Fases da entrevista/objectivos	Perguntas principais	Perguntas secundárias	Justificação
Introdução - Recordar o que pretendo da entrevistada			<ul style="list-style-type: none">- Obter a colaboração da entrevistada- Sensibilização para a importância da sua participação;- Salvaguarda dos direitos da participante e cumprimento de uma exigência ética

<p>Desenvolvimento:</p> <p>1- Analisar os cuidados prestados à mulher em situação de aborto espontâneo segundo o relato dos/as enfermeiros/as</p> <p>2- Explicar, segundo a perspectiva dos enfermeiros, quais as suas responsabilidades profissionais quando prestam cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo.</p> <p>3- Reflectir, de</p>	<p>Recorde-se das mulheres em situação de aborto espontâneo a quem tenha prestado cuidados de enfermagem. Relate-me o que fez durante o processo de internamento.</p> <p>Na sua perspectiva, quais são as suas responsabilidades profissionais?</p>	<p>Tenha em conta os cuidados físicos, psicológicos, espirituais, , sociais (família) e culturais.</p> <p>Nomeadamente a nível da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipa - Registos - Educação para a saúde -Conhecimentos - Competências técnicas 	<p>Conhecer a sua individualidade face à prestação de cuidados à mulher em situação de abortamento.</p> <p>Perceber o que é feito pelos/as enfermeiros/as em relação à privacidade e confidencialidade da cliente</p>
--	---	---	--

<p>acordo com as perspectivas dos/as enfermeiros/as que implicações éticas e legais estão inerentes à sua prestação de cuidados, relativamente à privacidade e confidencialidade, da mulher em situação de aborto espontâneo.</p>	<p>Que implicações éticas e legais considera na base da sua prestação de cuidados relativamente a privacidade e confidencialidade?</p>		
<p>4- Analisar, consoante a perspectiva dos/as enfermeiros/as, a valorização profissional que atribuem à sua prestação de cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo.</p>	<p>Como se sente enquanto enfermeiro/a ao prestar cuidados a essas mulheres?</p>	<p>Em que medida as suas crenças/valores face à perda/luto influenciam a sua prática de cuidados?</p>	<p>Pergunta chave da entrevista.</p> <p>Perceber se há factores (e que factores) que podem condicionar a sua conduta relativamente à prestação de cuidados a estas mulheres.</p>
<p>5- Discutir, de acordo com as perspectivas dos/as enfermeiros/as, o que consideram essencial para a melhoria da prestação de</p>	<p>Considera necessário melhorar a sua prestação de cuidados?</p>	<p>Tenha também em conta os factores de</p>	<p>Perceber se os enfermeiros/as revêem e avaliam a sua prática de cuidados</p>

<p>cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo.</p>		<p>serviço: - espaço físico - equipa - ambiente - formação contínua.</p>	
--	--	---	--

ANEXO IV

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Maria Isabel Ventura Araújo Moreira, a frequentar o XIII Mestrado de Ciências em Enfermagem – Turma B, pelo Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, pretende realizar um estudo de investigação sobre as “ **As lágrimas por um filho que nunca se conheceu: cuidar das mulheres em situação de aborto espontâneo**”, sendo orientadora da tese a Professora Doutora Marinha Carneiro. Para o efeito, surgiu a necessidade de realizar uma entrevista semi-estruturada às enfermeiras do serviço de obstetrícia/ginecologia .

Neste sentido, achamos pertinente esclarecer, desde já, determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a) O uso da informação que pretendemos é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros;
- b) O trabalho destina-se a compreender que representações têm as enfermeiras face à prática do cuidar à mulher na situação de aborto espontâneo em contexto de internamento e perceber que práticas as enfermeiras desenvolvem com a mulher em situação de aborto espontâneo em contexto de internamento;
- c) Os dados serão colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, com gravação áudio;
- d) A selecção dos informantes será de acordo com os critérios de elegibilidade;
- e) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- f) A participação dos informantes é voluntária;
- g) A confidencialidade e a privacidade dos informantes ficarão completamente salvaguardadas;
- h) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamações relativamente a este estudo, os informantes podem contactar a autora deste trabalho, sempre que julguem necessário, através do telefone 296302280 (Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada);
- i) Após a conclusão do trabalho de investigação a cassete da entrevista será destruída, bem como o consentimento informado.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e aceito participar no estudo.

Data: ___/___/___

Assinatura do (a) Participante _____

Eu abaixo assinado, _____ expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: __/__/__

Assinatura do (a) entrevistador (a) _____

ANEXO V

Transcrição da entrevista

ER

- Recorde-se das mulheres em situação de aborto espontâneo a quem tenha prestado cuidados de enfermagem. Relate-me o que fez durante o processo de internamento.

- Pronto, a nível físico, numa fase inicial, abordávamos a senhora, dávamos informação sobre o ambiente físico onde a senhora iria ficar e basicamente nós avaliávamos os parâmetros vitais, porque são senhoras que, usualmente perdem muito sangue, para despiste de qualquer hemorragia interna, avaliávamos realmente a contractilidade de útero dessas senhoras e a vigilância das perdas que são muito importantes, se havia palidez ou não das mucosas, a hidratação como é que estava, basicamente a nível físico era isso, despiste de qualquer dor, porque elas muitas vezes para além das dores emocionais também têm dores físicas, dor do respectivo aborto, e medicávamos a senhora de acordo com a prescrição médica, de acordo com a sintomatologia que ela tinha. A nível de outros cuidados que teríamos com essas senhoras é basicamente, primeiro essas senhoras vêm sempre fragilizadas, uma relação empática, muitas vezes elas não querem falar muito no assunto, demonstram muito a sua

tristeza através do choro, e basicamente é estabelecer o diálogo, em que muitas vezes o silêncio é muito importante nessa fase. Conversávamos com elas e também passávamos muito tempo, basicamente, a nossa presença física ajuda muito nessas situações.

- Em termos psicológicos, que outros cuidados costumava prestar?

- Psicológicos era basicamente a escuta activa, muitas delas expressam os seus sentimentos, outras não expressam, e quando não expressam nós respeitamos a decisão delas e não tentamos falar do assunto, entre aspas, respeitamos este silêncio que elas têm. Em relação a uma confiança empática nós pouco a pouco tentávamos estabelecer uma comunicação mais terapêutica possível com essas senhoras, basicamente, elas passam pela fase da negação, todos os filhos...apesar de um primeiro filho, geralmente elas vêm de uma maneira diferente, mas um filho nunca substitui nenhum outro filho, e para elas experienciam de forma muito característico cada uma. Para além da escuta activa, da relação empática que estabelecemos, vamos desmistificar ideias erróneas que elas têm “porque é que isto aconteceu a mim? será que eu tenho algum problema? Será que o meu marido tem algum problema para o feto não ser compatível?” esta desmistificação de ideias não correctas. Esclarecimento de dúvidas, tiramos muitas dúvidas com as senhoras, quando é que poderão engravidar, que cuidados é que deverão ter nas suas relações sexuais, etc, todos esses cuidados. A nível psicológico, foi o que eu já referi, basicamente é isso.

- falou na parte de desmistificar ideias erróneas, e isso também tem muito a ver com a própria cultura de cada um. Em termos culturais, há algum cuidado que preste nesse sentido?

- sim, já tivemos senhoras de algumas nacionalidades diferentes da nossa, nomeadamente cabo verdeanas e brasileiras. Depara-se que elas vivem de forma diferente o aborto. Não posso dizer de forma tão natural, mas acho que aceitam melhor do que a nossa cultura aqui na nossa ilha em que o filho é visto como uma bênção como uma dádiva, e essas senhoras, aconteceu, são coisas que acontecem, são coisas, como elas dizem, da vida, biológicas em que teria que acontecer a alguém e que aconteceu com elas. Na nossa cultura, já não vivenciamos assim, há uma maior labilidade emocional, uma maior...começam a se questionar muito “ porquê eu? Porque é que não foi outra pessoa? Eu tenho alguma coisa de errada.”

- E isso requer mais cuidados da vossa parte...

- sim, mais atenção por parte dessas senhoras, não quer dizer que as outras não tenhamos que despistar qualquer tipo de depressão de ansiedade, mas nessas outras senhoras nós temos

que ter muito mais atenção, a nossa acção vai ter de ser mais intensa de certo ponto para podermos cuidar o melhor possível dessas senhoras, que nessas situações, numa fase tão frágil e débil da parte delas, temos que dar o nosso melhor e o nosso apoio como enfermeiras e profissionais de saúde.

- e em termos espirituais? Há algum cuidado que costumasse prestar?

- não tenho assim ... aborto espontâneo, não me lembro de vez nenhuma nos meus anos de serviço o ter de chamar algum apoio espiritual. Pode haver a necessidade de chamar os familiares para acalmarem a senhora e nós tentamos satisfazer essas pequenas necessidades, acalmar, estar num ambiente o mais calmo possível, mas apoio espiritual, nunca...

- E em termos de família?

- muitas vezes o que acontece é que os acompanhantes ou estão muito calmos e direccionam as suas atenções à mãe em que tentam de certa forma acalmar e tentar desculpabilizarem, porque a mãe culpabiliza-se muito pelo aborto “ o que é que eu fiz , quais foram os comportamentos que eu tive para provocar esse aborto” em que as atenções dos familiares viram-se todos para a mãe e também já tive familiares em que aquele filho era tão desejado que mantêm um silêncio e que choram muitas vezes com a mãe. Nessa fase a nossa atenção não é o olhar só para a mãe mas ao contexto familiar todo e em arte, de certo modo, perceber a reacção para que a nossa acção seja a mais localizada possível. A família quando desempenha o papel de apoio para a mãe é óptimo porque podemos utilizar a família como apoio às nossas acções. Neste caso, como eu já referi, nomeadamente o marido, o cônjuge, quando também culpabiliza a esposa, aí já é mais difícil, em que não podemos de certa forma, arranjar meios, como é que posso dizer, aceitação da situação, como também temos que tentar que o relacionamento em termos dos dois não se altere, quer dizer, altera-se sempre, mas não à dinâmica familiar não se altere muito e não se destrua de certa forma, devido a essa situação do aborto espontâneo no seio de uma família. Quer queiramos quer não o aborto provoca uma instabilidade familiar, agora, há aquelas famílias que apoiam e conseguem superar a situação e há outras que não conseguem, que vivem o processo de luto tão grande que é muito difícil saírem dessa situação. Há o luto, há a negação, há a depressão, e a família é toda arrastada nessa situação.

- Na sua perspectiva quais são as suas responsabilidades profissionais em termos da sua equipa?

- numa fase inicial, como eu já disse, vamos para os parâmetros... que não está correcto, mas muitas vezes fazemos isso, que era relativamente aos parâmetros vitais, ou seja aspectos físicos da senhora, a nível físico como é que a senhora está, passamos o turno às colegas como é que fisicamente a senhora está e posteriormente passamos para a fase emocional da doente. Como eu já referi essas senhoras estão muito fragilizadas emocionalmente. As colegas, durante o turno, ao longo do trabalho que nós temos, temos sempre a preocupação da colega ir visitar regularmente a senhora ao quarto, porque nós já sabemos que nessa fase elas estão muito debilitadas. Ao fazer isso, a colega realmente vai se inteirar da situação porque realmente a utente já tem dificuldade em transmitir a situação à enfermeira que lhe faz a admissão, repetir a situação a outra enfermeira não é nada fácil, e elas não o fazem. Daí que é transmitir toda a informação para que a minha colega possa pegar no fio condutor que eu deixei e voltar e continuar. A colega não vai novamente “ e então, porque é que está a chorar?” ou “ em que posso ajudá-la?”, não, pegar no fio condutor e se realmente for uma utente que não queira dialogar, utilizar, por exemplo as técnicas não verbais, as técnicas que possam, de certa forma, depreender o que é que se passa com aquela utente.

- e em relação aos registos. Que responsabilidades tem?

- os registos que efectuamos perante uma senhora dessas, como é que ela passou o turno, tanto a nível emocional, calma, deprimida, queixosa, a nível físico, se fez alguma medicação e todos os outros parâmetros que eu já referi a nível físico, despiste de hemorragias, etc.; relação que ela tem com a família também temos o cuidado de atender a esse facto para podermos, como eu já disse, haver uma continuidade de cuidados, e basicamente as nossas acções quais foram, o nosso apoio emocional perante esta situação qual foi e qual foi o feedback que a senhora nos deu, se foi eficaz se não foi eficaz, o que é que achamos que a colega possa continuar no turno a seguir, tudo fica registado nos registos de enfermagem para que possa haver uma continuidade, uma descrição o mais detalhada, focada, singular para aquela senhora, para que a colega possa de certa forma conhecer de forma mais precisa possível daquela senhora de modo a haver uma continuidade de cuidados.

- e em termos de educação para a saúde?

- Basicamente, explicamos à senhora que existem várias fases que ela pode vir a passar, nomeadamente o choro, a negação da sua situação, ansiedade, e se esta ansiedade não passar qual é o outro processo que pode vir a passar, nomeadamente uma depressão e que pode ser normal e que ela pode recorrer aos profissionais de saúde competentes para que possam auxiliar esta senhora, que não devem viver em sofrimento, não deve guardar as suas mágoas para que nós possamos, de certa forma, ajudá-la. Relativamente a outras educações para a saúde que nós temos em conta, para além da relação familiar, que a senhora pode estabelecer, as estratégias, os métodos familiares que ela deve utilizar com a própria família, muitas vezes os métodos familiares, nós não falamos com a mãe que sofreu o aborto espontâneo, mas com a família, nomeadamente o marido, uma pessoa mais próxima, ou seja qual é a melhor maneira de dialogar com aquela senhora, quais são as reacções que ela possa vir a ter, porque se a própria senhora não reconhecer essas acções, o familiar ou a pessoa mais próxima possa reconhecer e possa ajudar. E depois falamos a nível de educação para a saúde a nível das suas queixas físicas: de alterações, a nível de início da vida sexual, quando novamente pode iniciar, que é uma das perguntas que elas fazem muito, quando é que podem novamente engravidar, encaminhamento médico, é outra das educações para a saúde que nós fazemos. Basicamente são essas acções.

- **essa educação para a saúde também tem a ver com a preparação para a alta e a continuidade de cuidados. Há mais alguma responsabilidade que queira acrescentar em termos de preparação para a alta/ continuidade de cuidados?**

- muitas vezes a preparação dessa senhora, muitas vezes costuma-se a dizer que a preparação para a alta começa no momento da admissão dessa senhora, em que conhecendo desde a admissão podemos preparar a alta de forma mais pormenorizada, de forma mais direccionada a essa senhora. Há muitas vezes a necessidade de encaminhamento para o psicólogo, muitas vezes até encaminhamento para o psiquiatra, em que há necessidade do nosso contacto com os outros profissionais de saúde para que possa realmente haver uma equipa multidisciplinar e focalizada a situação da utente. Também envolvemos a família toda na alta, nos cuidados que a senhora tem que ter após a alta, a família é uma parte muito importante aquando da alta, em que vai-nos dar todo o feedback de como é que a utente poderá reagir face aquela situação. Daí que fazemos os ensinamentos ao longo do internamento, reforçamos aquando da alta, e encaminhamos, se necessário, a senhora, o que acontece muitas vezes.

- **em relação aos seus próprios conhecimentos, que responsabilidades acha que tem?**

- no início, quando me deparei com esse tipo de utentes, achei extremamente difícil conseguir estabelecer algum diálogo com essas senhoras, para já porque sou uma pessoa comunicativa e essas senhoras muitas vezes, a comunicação verbal não é o que elas mais utilizam, o que exige da minha parte muito mais treino a nível das técnicas não verbais a nível das técnicas verbais, quais são as mais adequadas para aquela situação, para além dos conhecimentos científicos que envolve toda a situação clínica do aborto espontâneo, qual é o motivo, quais são as sintomatologias mais comuns, os cuidados após um aborto espontâneo, os sinais que nós temos que estar mais alerta por parte dessas situação clínica, para que eu possa de certa forma, de actuar de forma mais correcta para mim possível. Basicamente o que eu achei que senti mais dificuldade e que senti mais necessidade de investir foi a nível do apoio emocional, como é que poderei ajudar essas senhoras, quais são as fases que elas passam, o luto, como é que podemos ajudar a superar o luto dessas senhoras, para que possamos de certa forma ajudá-las nessa situação tão difícil da vida delas.

- e em termos das competências técnicas?

- a nível técnico, eu não senti tanta dificuldade. Basicamente num aborto espontâneo é o haver perdas de sangue, a senhora entrar numa hemorragia, haver por exemplo uma perfuração do útero, ou ainda existir restos ovulares do aborto espontâneo, despiste de febre, algum corrimento, o cheiro, as características, basicamente é esses, despiste de sinais de infecção, de sinais de hemorragia. O que eu acho que é mais difícil é a nível emocional, tratar as feridas a nível emocional e não a nível físico.

Porque essas senhoras, após um aborto espontâneo, se não há anestesia geral, essas senhoras recuperam de uma forma muito rápida e simples. Como é um aborto espontâneo elas iniciam as suas rotinas diárias de forma muito rápida, portanto...

- Que implicações éticas e legais considera na base da sua prestação de cuidados relativamente a privacidade/individualidade e confidencialidade?

- geralmente este tipo de senhoras nós tentávamos colocar num quarto isolado, para já porque na ginecologia também tinha grávidas com patologias, e só o facto de estar ao pé de alguém com fetos viáveis é muito difícil para essas utentes. Numa primeira fase e sempre que possível tentávamos colocar essas senhoras em quartos isolados ou pelos menos que não houvesse grávidas com patologias ou mais com crianças à volta. Relativamente aos outros cuidados, sempre que possível mantínhamos o ambiente confortável, um ambiente de

privacidade, nomeadamente, fechávamos as cortinas, porque temos que estar constantemente a avaliar as perdas vaginais e essas senhoras estão tão fragilizadas que nós temos sempre essa preocupação, porque elas sentem-se tão envergonhadas por terem perdido, terem culpa por terem perdido aquele filho, então qualquer coisa que nós façamos elas vêm como forma de represália por terem perdido este filho, daí que as cortinas, o cobertor ou o lençol taparmos a senhora, deixar só a zona que queremos observar exposta, pedirmos licença à senhora para observarmos e explicar o que vamos fazer, o porquê daquilo que estamos a fazer, é muito importante. A nível de confidencialidade, só passamos às colegas a situação que se passa com a utente, única e exclusivamente, não há transmissão de informação para qualquer tipo de pessoas, muito menos para os familiares, só mesmo o marido para o marido ou o mínimo, ou está bem, não está bem, não há transmissão de diagnóstico nem motivo, nem nada...para já não é da nossa competência, mas muitas vezes acontece perguntarem como é que a senhora está e o que é que se passou e como é que se passou, não, não há qualquer transmissão, só mesmo a colega, a senhora, o que é que se passou, como é que está e o que é que podemos fazer para melhorar a situação. Eu penso que em termos de confidencialidade a coisa resultava. Por parte das auxiliares também não há transmissão de informação, nem mesmo para a colega do lado “ ah senhora o que é que ela tem...” não, nada disso, nem mesmo o telefone, nem mesmo da parte de outros médicos, só mesmo os direccionados para a utente.

- como se sente aquando da prestação dos seus cuidados a essas senhoras?

- é assim, no principio muitas vezes sentia pena...isso não é um termo que se deva utilizar mas o pesar, o termo é mesmo esse, o pesar daquela pessoa...numa fase inicial temos a tendência de errar e fazer juízos de valor “tantas mãe que têm filhos não desejados e aquela senhora que desejava tanto aquele filho aconteceu essa infelicidade” isso, claro, a nível profissional não é correcto, mas passava muitas vezes pela cabeça. Há muitas vezes o sentimento de injustiça, da minha parte acontece e tristeza só pelo facto de ver outra pessoa a sofrer a nível emocional. Muitas vezes, costumo a dizer que sofrer a nível emocional é muito pior que ter uma dor física, em que podemos medicar e passar e uma dor emocional custa muito a desaparecer e a passar. Como eu já disse é uma tristeza, porque ver outra pessoa a sofrer por muitas vezes culpabilizar-se e não podermos de certa forma ajudar, porque muitas vezes queremos ajudar e não conseguimos chegar a essas pessoas e há também a sensação de impotência, ... o que é que eu posso fazer mais para ajudar essa senhora, quem é que eu posso chamar para ajudar a utente, porque a nível de tratamento nós tratamos muito bem a utente, a nível de cuidar, de

ver outros aspectos, nem sempre conseguimos cuidar da melhor forma, daí que um dos grandes sentimentos que tive foi a impotência perante essas utentes. Também o internamento também é muito curto, e muitas vezes elas ficam mais um bocadinho por causa da parte emocional...

- Em que medida as suas crenças/valores face ao luto/perda influenciam a sua prática de cuidados?

- eu acho que é assim, eu sempre tentei ser o mais profissional possível, o que faz com que muitas vezes as crenças não se reflectam para a utente, mas cada um tem a sua perspectiva face àquela situação. Como mulher, acho que um filho, apesar de não ser planeado, deve ser desejado e perder um filho desejado deve ser muito difícil e penso se algum dia isso acontecer comigo...como vou reagir? Claro que crenças todas nós temos, agora eu tento o máximo possível que não influencie o meu trabalho.

- Considera necessário melhorar a sua prestação de cuidados nomeadamente em termos de espaço físico?

- isso é bocado complexo porque é assim, há senhoras que o isolamento, entre aspas, precisam de uma fase de adaptação à situação, ou seja o facto de estarem sozinhas num quarto com o familiar mais próximo resulta bastante. Há outras senhoras que isso não acontece, preferem estar em contacto com outras senhoras para não pensarem na situação, em que há a fuga da realidade.

- e nesse sentido poderiam proporcionar o isolamento ou não?

- é isso mesmo, nem sempre é possível, o ideal era poder haver mais quartos de isolamento, mais quartos onde pudesse-mos dividir com senhoras só com essa situação clínica. Aí sim, a nível de privacidade por exemplo, acho que nós temos o maior cuidado devido às circunstâncias.

- e em relação à equipa. Acha que era necessário modificar alguma coisa?

- a equipa no geral é bastante unida e bastante preparada de certa forma para este tipo de utentes. Contudo, cada uma tem a sua crença, cada uma tem a sua maneira de ver...apesar de sermos todas profissionais as crenças influenciam, e há sempre aquela que vê de uma forma mais fria, entre aspas, todas nós...temos as nossas características próprias mas no geral a equipa relaciona-se muito bem e dão o seu melhor. Mas acho que há sempre um elemento

que tem uma frieza de certa forma, no meu entender, esta pessoa pode dizer que no seu entender é melhor atitude, mas no meu entender o apoio a essas senhoras seria a relação empática, que como eu já referi, não é nada fácil, era uma situação a trabalhar, a nível de formação, que até pudesse chegar...porque como eu já disse as crenças são diferentes, as culturas são diferente e nem sempre a abordagem é a mais correcta. O stress que nós temos, o número de utentes que nós temos, muitas vezes também não ajuda a situação.

- em termos de ambiente...

- a nível de ambiente vamos, numa primeira fase, tentamos que o ambiente seja o menos opressivo possível, ou seja, tentamos por exemplo abrir as cortinas, as janelas, tentamos que a senhora se direcione para outras formas físicas que haja no exterior para que se possa distrair e passar, de certa forma, para outras atenções, nomeadamente, o jardim, o tempo como é que está, tentar outras formas de direccionar a atenção da utente. Tentamos, sempre que possível, que a senhora tenha televisor no quarto, fornecer, por exemplo revistas, perguntamos se a cama está acolhedora, se a almofada está elevada ou se não está elevada, eu acho que temos outro tipo de cuidados e as nossas auxiliares por acaso têm bastantes anos de serviço e têm também esse tipo de cuidados. Levamos muitas vezes um chá, se está à temperatura adequada. Se verificamos realmente que a senhora está deprimida tentamos arranjar estratégias para que possa dispersar a sua depressão e possa focalizar a sua atenção noutras áreas.

- e em termos de formação contínua?

- acho que sinto mais necessidade em formações a adquirir. Acho que neste tipo de situações nunca é demais saber e através das experiências que vamos vivendo que são muito diferentes, logo é necessário haver formação entre a equipa de modo a superar situações as quais não estamos ainda preparadas. Formação adquirida é sempre bom em várias áreas, nomeadamente as fases que a utente passa, características físicas que a utente possa ter, a relação que aquela mãe vai ter com o filho que já tem, muitas vezes a dinâmica familiar altera-se de tal maneira que a própria relação que a mãe tem com o filho já existente é muito grande porque vê o reflexo do filho que poderia vir a ter, ou seja, será que esse filho pode ser considerado um companheiro, uma ajuda ou será que é um intruso nessa situação? E como é que aquela mãe vai explicar ao outro filho que o irmão que vinha a caminho, agora já não

vem? Acho que são formações muito importantes para que possamos de certa forma ajudar aquela mãe e aquela família.

ANEXO VI
Categoria: Factores condicionantes nas intervenções de enfermagem

Categoria	Sub-categoria	Indicadores
Factores condicionantes nas intervenções de enfermagem	(Des)valorização da Vinculação precoce	<p>- Pronto, um feto morto, eu acho que é uma situação mais drástica... muito difícil mesmo, mas este é um projecto de vida interrompido (...) (EA).</p> <p>- Quanto maior a idade gestacional a perda é diferente, a dor é maior, e neste momento estando grávida é uma altura que mexe muito.(...) E agora consigo imaginar aquilo que aquela mãe sentiu quando perdeu, mesmo que fosse uma gravidez de 8 semanas, aquilo que ela não sentiu! A dor que não teve por ter perdido aquele filho. (...) (EB).</p> <p>- (...) uma gravidez que é interrompida, voluntária ou involuntariamente, no início, a meio, no fim é sempre uma perda de um familiar, porque a gente vai construindo ideias sobre aquele filho. (EB).</p> <p>- (...) mesmo que seja só de 8 semaninhas, aquele embrião é nosso, e a gente acaba por criar projectos futuros para aquele ser tão pequenino. E às vezes é um sonho que a gente realmente....e então acho que todos os cuidados que a gente tem que ter com aquela mãe, são de extrema importância, (...) (EB).</p> <p>- (...) às vezes as pessoas têm tendência a dizerem: “ estava no inicio da gravidez, mas isso não implica que a pessoa não tenha já um grande laço afectivo, uma grande vinculação àquele filho, tudo depende como a gravidez foi desejada, e isso pode ser de poucas semanas, mas só o facto de saber que está grávida, pode estar super feliz, a mãe, toda a família e isso já é</p>

		<p>sempre uma perda, uma grande perda e é sempre um processo de luto, seja como for é um processo de luto. (ED).</p> <p>- É assim, por exemplo, os abortos de 6 semanas eu não acho que elas se ressintam assim tanto, porque a maioria é tudo raparigas muito jovens. (EF).</p> <p>- (...) depois é assim, quando é uma gravidez de 6/7 semaninhas, mas se é uma gravidez de 12/18 semanas, às vezes elas já sentem o bebé a mexer. Pronto, às 6, pronto, era uma sementinha, mas a partir das 15 em que começam a sentir o bebé, já é mais difícil, porque já começaram a criar uma certa ligação, já o sentem a mexer. É uma situação que de facto depende muito da idade gestacional... (EF).</p> <p>- (...) em relação às curetagens de poucas semanas de gestação, não tenho assim grandes medos nem grandes receios porque sei que elas não me vão perguntar muito, nem vão exigir muito. (EF).</p> <p>- Geralmente essas senhoras, como é muito no início da gravidez, geralmente não vinham muito deprimidas nem nada disso. (EG).</p> <p>- (...) geralmente essas curetagens são feitas muito no início da gravidez, geralmente elas não vêm assim muito abaladas psicologicamente. (EG).</p> <p>- (...) depois de perder... por mais que seja o tempo... o pouco tempo de gestação. Mas... pronto, elas já sabiam que estavam grávidas, estavam contentes, estavam felizes com aquela</p>
--	--	--

	Gerir o espaço físico	<p>gravidez e depois perder (...) (EG).</p> <p>- Eu faço isso, nunca, quando sou eu a receber a senhora, ela nunca fica num quarto com outras senhoras nem que eu tenha que mudar essas senhoras para outro quarto, às vezes acontece. (EA).</p> <p>- Em relação à privacidade nós temos a preocupação de isolar as Sr.ª, digamos, por vários motivos (...) (EB).</p> <p>- (...) mas uma das coisas que não concordo é o espaço físico. Quarto de 3 camas é um exagero. Quanto muito de 2 camas para duas pessoas e mais quartos isolados. Se querem realmente que tenhamos as Sr.ª que sofreram aquela perda... não deverá nunca ser num serviço de obstetrícia. (...) É que ela perde um filho e ainda tem que estar sujeita ao contacto da alegria das outras mães...é uma violência tremenda. Por isso, a nível de espaço físico...ui, tantas alterações que uma pessoa fazia ali! (EB).</p> <p>- (...) o ideal era poder haver mais quartos de isolamento, mais quartos onde pudéssemos dividir com senhoras só com essa situação clínica. (EC).</p> <p>- Raramente havia quartos individuais e depois é assim, os quartos individuais estavam indicados para as pré-eclampsias e/ou doenças contagiosas e na obstetrícia havia o quarto, mas que também é para as grávidas, e às vezes tínhamos situações que naquele quarto havia</p>
--	-----------------------	--

		<p>uma puérpara com o seu filho, uma grávida com patologia e uma senhora com curetagem, ou seja, é um bocado complicado. (ED).</p> <p>- A nível de espaço físico, nós tínhamos espaço físico capaz disso (ginecologia). Presentemente não sei como está. Mas na altura, nós isolávamos sempre essas senhoras. A não ser que houvesse uma sobrelotação, que aí então, e com muita pena nossa, tínhamos que misturar as senhoras. Tentávamos ...e pronto, isso acontecia, muitas vezes nós mudávamos as senhoras de quarto de um lado para o outro, tentávamos encaixar essas senhoras com a parte de ginecologia, mas nunca com as grávidas. Chegávamos a por cirurgias com grávidas...muitas vezes acontecia nós termos as 20 camas cheias e aqueles quartos que nós temos de isolamento eram reservados para situações graves, tipo cirurgias graves, pré-eclampsias e tentávamos agrupar as situações de aborto com ginecologia porque é uma patologia, não tem nada a ver com uma gravidez. Nós tentávamos ao máximo lidar com essa situação de espaço físico. (EE).</p> <p>(...) porque estas senhoras estão muito mal acompanhadas, não têm acompanhamento nenhum, porque antes iam para ali (ginecologia), agora, depois de começarem a vir para aqui (obstetrícia) não havia condições e começaram a ir para as cirurgias, pior ainda. (...) Devia-se melhorar muito isso, porque muitas vezes, pode haver problemas psicológicos derivados disso e eu acho que se podia melhorar essa parte, a nível do acolhimento destas senhoras. (EG).</p>
--	--	--

	<p>(Des)valorização da cultura</p>	<p>- (...) não sei se a forma de encarar o aborto é muito diferente na nossa cultura, mesmo de freguesia para freguesia, ou de estrato social para estrato social, eu não tenho essa ideia. Agora, se calhar até é, e aqui quem está errada na prestação de cuidados sou eu, porque não tenho muito isso em conta. (EA).</p> <p>- (...) mas vai-me dizer assim: “ uma Sr.^a que tinha uma necessidade cultural determinada...” não sei, não é uma coisa que esteja atenta, não é uma coisa que me lembre de estar atenta. (EA).</p> <p>- (...) mas tentamos respeitar sempre um pouco a cultura daquela senhora. (EB).</p> <p>- Portanto tento sempre respeitar os valores culturais, as normas de vida daquela senhora.(EB).</p> <p>- Por exemplo, os ciganos que nós sabemos que têm muito a sua própria cultura e não são abertos a nada do exterior, nós tentamos ir de encontro à cultura deles, porque acho também que o profissional de saúde em qualquer situação deve de ir ao encontro do seu utente e nunca o utente de encontro ao profissional de saúde. (EB)</p> <p>- Também tem esta diversidade e o que eu acho muito importante é respeitar os seus hábitos culturais. (ED).</p> <p>Eu tento sempre ir de encontro aos aspectos culturais. Se a senhora prefere assim, ser tratada</p>
--	------------------------------------	---

		<p>de uma maneira ou de outra, (...) (EB).</p> <p>- (...) nós tentamos ir de encontro à cultura deles, porque acho também que o profissional de saúde em qualquer situação deve de ir ao encontro do seu utente e nunca o utente ao encontro do profissional de saúde. (EB).</p> <p>- Nalgumas culturas isso pode fazer parte e até as pessoas podem gostar que se diga qualquer coisa, mas noutras não. (ED).</p> <p>- Os internamentos são demasiado curtos nessas situações. Na minha perspectiva e infelizmente são...não é na minha perspectiva, o dado é que são demasiado curtos, (...) (EA).</p> <p>- Mas de uma forma geral são casos que se resolvem e daqui a poucas horas elas estão a ir-se embora, quanto muito no dia a seguir, e portanto estão demasiado pouco tempo internadas.(EA).</p> <p>- Eu posso contar pelos dedos o tempo que tive, no tão rápido tempo de internamento, tempo que tive para atender aquela pessoa na sua globalidade, ou ter tempo para isso, porque tenho outras pessoas para prestar cuidados, porque é tudo muito rápido. A Sr.ª muitas vezes, aquele aborto aparece repentinamente, ela faz uma curetagem repentinamente e vai estar internada repentinamente. Ou seja, é tudo tão rápido, que muitas</p>
--	--	--

	<p>Tempo insuficiente de hospitalização</p>	<p>vezes quando eu me lembro de um determinado pormenor, a Sr.ª já lá não está. (EA).</p> <ul style="list-style-type: none">- Nós enfermeiros, precisamos que ele ficasse mais tempo, para olharmos por ela, para vermos como ela está a reagir, para vermos como ela está a interagir com o marido, para ver como está a interagir com os outros filhos, se existirem, precisamos disto e não temos. (EA).- (...) porque o internamento é tão curto que é em casa que tudo vai acontecer. (EA).- Mas o certo é que me preocupa vê-la a ir embora desalentada e desamparada, em termos profissionais, a mim me preocupa. Acho que o internamento é demasiado rápido (...) (EA).- Porque muitas vezes, as Sr.ª chegam, acabam de chegar do bloco de partos, (...) depois estão connosco e passadas umas horas vão-se embora. (...) E é um dos entraves que eu encontro é precisamente isso, é o pouco tempo de contacto que eu tenho com ela.(EB).- Também o internamento também é muito curto, e muitas vezes elas ficam mais um bocadinho por causa da parte emocional... (EC).- As senhoras estão às vezes connosco 3 a 6 horas ou no máximo um dia, também muitas vezes não dá para explorar muito essas coisas, (...) (ED).- Eu recordo-me de algumas senhoras que faziam a curetagem e tinham alta ao fim de 3 a 4 horas e às vezes também não é naquele momento que se podem despistar algumas complicações. Podem ir para o domicílio e ter alguma complicação, (...) (ED).
--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">- São situações muito rápidas, o internamento é muito rápido e muitas vezes entra connosco e sai connosco. (EE). - os internamentos são muito curtos e normalmente apanham sempre o mesmo enfermeiro (...). De resto, como não têm internamentos prolongados, não têm muito contacto com a equipa, (...) (EF). - Normalmente a educação para a saúde aqui...como o internamento é curto, nessas situações é difícil de fazer (...) (EF). - (...) geralmente elas fazem a curetagem de manhã há hora do almoço vão-se embora para casa, se fazem ao início da tarde há noite vão para casa e se são senhoras de longe é que passam a noite. (EG). - (...) o tempo de internamento é tão pouco que quase não se tem tempo de ...o tempo de internamento é muito, muito pouco. Não se consegue chegar, não se consegue fazer, muitas vezes não se consegue dar o apoio necessário às senhoras. A gente às vezes diz: “Ah! Estava ótima, estava ótima”...aparentemente estava ótima, mas nós não tivemos tempo de pensar, de conversar...até ela podia estar deprimida e bastante em baixo com a perda, mas...é muito, muito pouco tempo, é raro as senhoras que passam a noite. (EG). - (...) geralmente é assim, essas pessoas geralmente têm um internamento muito curto, geralmente... (...), a não ser que tenham alguma complicação que necessite fazer antibiótico,
--	--	---

		tipo algum feto morto que já tivesse há muito tempo e que tivesse alguma infecção, mas salvo essas exceções, saem no dia a seguir, portanto é pouco o tempo que a gente tem com elas, e a gente aproveita aquele tempo para preparar para a alta. (EH).
--	--	---