

Universidade do Porto  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem

***Procedimentos de Enfermagem Dolorosos:***  
Respostas de Mães e Enfermeiras numa Unidade Pediátrica

Carolina Ferreira Pereira de Oliveira

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem  
Porto, 2008

Universidade do Porto  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

*Procedimentos de Enfermagem Dolorosos: Respostas de  
Mães e Enfermeiras numa Unidade Pediátrica*

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em  
Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto  
de Ciências Biomédicas Abel Salazar sob a  
orientação da Professora Doutora Maria do Céu  
Barbieri de Figueiredo

Carolina Ferreira Pereira de Oliveira  
Porto, 2008

*What we discover by doing research  
Is just how complex the world is  
(Strauss & Corbin, 1998)*

*Aos meus pais pela vida, incentivo e apoio incondicional  
Ao Bernardo, pelas horas não dedicadas e suas por direito  
Ao Gabriel pelo apoio e força demonstrada*

## **Agradecimentos**

Aos meus colegas de gabinete pelos momentos de boa disposição e apoio mútuo, que enriqueceram este percurso difícil;

À Professora Doutora M<sup>a</sup> do Céu por todos os ensinamentos, orientações, disponibilidade demonstrada e permanente incentivo;

Aos Professores do mestrado, nomeadamente, a Professora Doutora Maria Arminda Costa e Professora Maria Vitória Parreira pelo contributo que deram para a minha formação, sedimentando o gosto pela investigação;

Às mães que colaboraram na colheita de dados apesar das preocupações inerentes à hospitalização dos filhos;

Às colegas da pediatria pelo empenho e contributo dado ao estudo;

Ao Hélder pelos momentos de reflexão e discussão;

À Raquel pelo tempo disponibilizado na recta final do percurso;

Aos colegas da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada pelo apoio e tempo disponibilizado;

A todos os que toleraram as minhas incompreensões...o meu muito obrigada.

## RESUMO

Durante a sua permanência no Hospital, as crianças são submetidas a múltiplos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Dependendo de uma série de factores, os procedimentos de enfermagem dolorosos podem ser difíceis e demorados, provocando aumento dos níveis de ansiedade tanto das mães, como das crianças e enfermeiras. Pretendeu-se conhecer como lidam as mães e as enfermeiras com estes procedimentos a lactentes e crianças até aos dois anos, nomeadamente que emoções expressam, que percepções desenvolvem acerca dos comportamentos evidenciados no contexto da interacção e qual a intenção das suas acções.

Nesse sentido, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa com utilização dos pressupostos da *Grounded Theory* para a análise dos dados. A colheita de dados foi realizada através de observação participante, numa unidade pediátrica, e entrevistas a enfermeiras (N= 7) e mães (N= 7), porque só em interacção no local onde o fenómeno ocorre poderíamos compreender melhor o que acontece aquando da execução dos procedimentos de enfermagem.

Da análise dos dados emergiram duas dimensões interactivas e interdependentes: **resposta das mães aos procedimentos de enfermagem dolorosos** no que respeita às suas condições intervenientes, resposta emocional, comportamentos na interacção com os filhos e na interacção com as enfermeiras e **resposta das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos**, no que concerne às suas condições intervenientes, resposta emocional e intervenções terapêuticas na interacção com as crianças e na interacção com as mães. Os resultados permitiram desenvolver um modelo explicativo concluindo que, mães e enfermeiras respondem à dor provocada pelos procedimentos nas crianças. Estas respostas evidenciadas são afectadas por uma série de factores e são esses factores que determinam a forma como reagem emocionalmente no contexto da execução dos procedimentos, e como interagem entre si e com a criança. Esta interacção tem como objectivo prioritário promover o bem-estar da criança, tornando a experiência o menos traumatizante possível.

Os resultados poderão contribuir para uma tomada de consciência das enfermeiras sobre as suas práticas e sobre padrões de resposta das mães à experiência dolorosa, porque, só conhecendo como as mães lidam com estes procedimentos e reflectindo sobre as suas práticas, poderão implementar acções mais adaptadas a cada realidade e de acordo com as necessidades individuais de cada díade (mãe/criança) como cliente pediátrico.

## ABSTRACT

While in the hospital, children undergo many diagnostic and therapeutic procedures which cause pain. Depending on the number of factors, these painful nursing procedures might be difficult and take long time, making more anxious not just children and nurses, but also mothers. Our aim was to find out how mothers and nurses deal with these procedures done to babies and children up to two years old, namely: what kind of emotions they express, what kind of perceptions are developed about behaviours in the context of this interaction and what is the intention of their actions.

In this sense, was developed a study of qualitative nature, using the pretext of Grounded Theory to analyse the data. The data collection was done through participant observation in one paediatric unit and by interviewing nurses (N= 7) and mothers (N= 7), because we could understand better what happens during the nursing procedures, investigating the phenomenon by interaction in the place where it occur.

From the data analyses two interactive and interdependent dimensions came into view: **mothers' reaction on painful nursing procedures** in which their intervenient conditions, emotional reaction, behaviour in interaction with children and nurses are respected; and **nurses' reaction on painful nursing procedures** in which their intervenient conditions, emotional reaction and therapeutic interventions in interaction with children and mothers are concerned. The results made it possible to develop the explanative model, concluding that mothers and nurses react on pain, provoked in children by procedures. These evident results are affected by the number of factors which determine the way of emotional reaction in the context of procedures and interaction between them and with children. The main objective of this interaction is to promote well-being of a child, changing their experience less traumatizing.

The results could contribute to the process of making nurses aware of this kind of practice and of the patterns of mothers' reaction on painful experience. This is very important because just the knowledge of the way mothers deal with these procedures and reflection about their practice, nurses could apply more adapted actions in each case and in accordance with individual necessities of every couple (mother/child) as a paediatric client.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO.....  | 13        |
| <b>PRIMEIRA PARTE: REVISÃO DA LITERATURA – Acção e Interação em Cuidados Pediátricos.....</b>      | <b>19</b> |
| <b>Capítulo I – <u>Enfermagem como processo de interacção</u>.....</b>                             | <b>19</b> |
| 1- <u>Modelos de Enfermagem interaccionistas</u> .....   | 19        |
| 1.1- Natureza da interacção no contexto de prestação de cuidados pediátricos.....                  | 27        |
| 2- <u>Interacção social: mãe e enfermeira como actores sociais na relação interpessoal</u> .....   | 36        |
| 2.1- Comunicação como pilar da interacção.....   | 36        |
| 2.1.1- Comunicação interpessoal e linguagem corporal.....  | 39        |
| 2.2- Emoções como fonte das acções.....  | 46        |
| <b>Capítulo II – <u>Mãe/criança/enfermeira e os procedimentos de enfermagem dolorosos</u>.....</b> | <b>49</b> |
| 1- <u>Relação mãe/filho e hospitalização</u> .....   | 49        |
| 1.1- Comportamentos de vinculação.....   | 49        |
| 2- <u>Procedimentos de enfermagem dolorosos</u> .....  | 57        |
| 2.1- Reacções da criança à dor.....  | 59        |
| 2.2- Resposta da mãe à experiência dolorosa.....   | 62        |
| 2.3- Resposta da enfermeira: intervenções de enfermagem à criança/mãe com dor.....                 | 69        |
| <b>SEGUNDA PARTE: PROCESSO METODOLÓGICO – Um estudo qualitativo.....</b>                           | <b>81</b> |
| 1- <u>O Interaccionismo Simbólico e a <i>Grounded Theory</i> como referência</u> .....             | 85        |
| 2- <u>Acesso ao campo e caracterização do terreno de pesquisa</u> .....                            | 88        |
| 3- <u>Os participantes e os aspectos éticos</u> .....  | 92        |
| 4- <u>Estratégias de colheita de dados</u> .....   | 97        |
| 4.1- Observação participante.....  | 97        |
| 4.1.1- Papel do investigador.....  | 102       |
| 4.2- Entrevista.....   | 103       |
| 5- <u>Registo das informações</u> .....  | 107       |
| 6- <u>Processo de análise de dados: comparações constantes</u> .....                               | 109       |

|   |     |
|---|-----|
| 7- <u>Limitações do estudo</u> .....  | 115 |
| <b>TERCEIRA PARTE: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>  |     |
| – Respostas de mães e enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos..... | 116 |
| 1- <u>Condição causal</u> .....   | 119 |
| 1.1- Dor provocada pelos procedimentos de enfermagem.....   | 119 |
| 2- <u>O contexto da interacção</u> .....  | 123 |
| 2.1- A sala de tratamentos.....   | 123 |
| 3- <u>Resposta das mães aos procedimentos de enfermagem dolorosos</u> .....   | 126 |
| 3.1- Condições intervenientes.....  | 126 |
| 3.2- Resposta emocional.....  | 140 |
| 3.3- Comportamentos.....  | 149 |
| 3.3.1- Na interacção com os filhos.....   | 149 |
| 3.3.2- Na interacção com as enfermeiras.....  | 158 |
| 4- <u>Resposta das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos</u> .....  | 164 |
| 4.1- Condições intervenientes.....  | 164 |
| 4.2- Resposta emocional.....  | 177 |
| 4.3- Intervenções terapêuticas.....   | 182 |
| 4.3.1- Na interacção com as crianças.....   | 182 |
| 4.3.2- Na interacção com as mães.....   | 189 |
| CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....   | 199 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 211 |
| APÊNDICES.....  | 227 |
| Apêndice I – Consentimento informado.....   | 228 |
| Apêndice II – Guião de observação.....  | 231 |
| Apêndice III – Guião de entrevista semi-estruturada às mães.....  | 234 |
| Apêndice IV – Guião de entrevista semi-estruturada às enfermeiras.....  | 238 |
| Apêndice V – Ficha de registo das observações.....  | 243 |
| Apêndice VI – Exemplo de registo de observação.....   | 245 |

## ÍNDICE DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 1</b> – Respostas das crianças à dor de acordo com a faixa etária.....  | 61  |
| <b>Quadro 2</b> – Intervenções de enfermagem na preparação da criança para os procedimentos, com base nas características do desenvolvimento..... | 77  |
| <b>Quadro 3</b> – Caracterização das enfermeiras.....   | 94  |
| <b>Quadro 4</b> – Exemplo de codificação.....   | 109 |
| <b>Quadro 5</b> – Exemplo de categorização.....   | 110 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1</b> – Interação.....  | 26 |
| <b>Figura 2</b> – Expressão facial de sofrimento como indicador comportamental mais consistente de dor nos lactentes..... | 60 |
| <b>Figura 3</b> – Planta da Unidade Pediátrica.....   | 90 |
| <b>Figura 4</b> – Disposição física da sala de tratamentos.....   | 91 |

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>Diagrama 1</b> – Condição causal: dor provocada pelos procedimentos.....       | 119 |
| <b>Diagrama 2</b> – O contexto: sala de tratamentos.....                          | 123 |
| <b>Diagrama 3</b> – Condições intervenientes na resposta das mães.....            | 126 |
| <b>Diagrama 4</b> – Resposta emocional das mães.....                              | 141 |
| <b>Diagrama 5</b> – Comportamentos maternos na interacção com os filhos.....      | 149 |
| <b>Diagrama 6</b> – Comportamentos das mães na interacção com as enfermeiras..... | 158 |
| <b>Diagrama 7</b> – Condições intervenientes na resposta das enfermeiras.....     | 164 |
| <b>Diagrama 8</b> – Resposta emocional das enfermeiras.....                       | 177 |
| <b>Diagrama 9</b> – Intervenções terapêuticas na interacção com as crianças.....  | 182 |
| <b>Diagrama 10</b> – Intervenções terapêuticas na interacção com as mães.....     | 189 |

## INTRODUÇÃO

As questões que se prendem com a hospitalização infantil são múltiplas e susceptíveis de serem abordadas por diversas perspectivas. Reflectindo sobre estas questões e problemas que surgem do dia-a-dia profissional importa salientar que, de forma crescente a assistência à criança hospitalizada vem ganhando um maior contorno e importância e uma completa tentativa de tornar o cuidado o mais humanamente congruente. Saber cuidar e intervir junto das crianças e sua família tem vindo a constituir-se um campo de reflexão emergente.

O debate em torno de questões sobre a hospitalização infantil e necessidade da criança ser acompanhada pela sua mãe ou pessoa significativa é antigo; o que é novo é centrar o debate na necessidade da enfermeira<sup>1</sup> adaptar as suas práticas tendo em conta a individualidade de cada ser humano possuidor de crenças e experiências singulares, considerando que é aí que reside uma fonte de saber específico.

Durante o processo de hospitalização da criança, a presença dos pais, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos da separação entre pais e filhos, actualmente, é contemplada na Legislação Portuguesa, através da Lei nº 21/81, de 19 de Agosto que prevê o acompanhamento familiar da criança hospitalizada com idade inferior a 14 anos: “toda a criança de idade não superior a 14 anos internada no hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente da mãe e do pai ou familiares ou pessoas que normalmente substituam os pais”.

A inserção da família no ambiente hospitalar despoletou o interesse por novas investigações, novos conhecimentos e necessidades de adaptação dos cuidados às características específicas de cada família. Essa mudança contribuiu para a compreensão de que os pais têm as suas próprias necessidades físicas, emocionais, culturais e sociais, que devem ser informados sobre a situação do seu filho (Sabatés & Borba, 2005) e preparados para participar no seu cuidado durante a hospitalização e após a alta.

Uma diversidade de estudos refere-se à participação dos pais (na sua maioria mães por serem estas que normalmente acompanham os filhos) nos cuidados (Lima, Rocha & Scochi, 1999; Almeida, 2001; Coyne & Cowley, 2006), como entendem a parceria (Mano, 2002), o que pensam dos cuidados de enfermagem (Sugano, Sigaud & Rezende, 2003; Miceli & Clarck, 2005), a experiência da hospitalização (Oliveira & Ângelo, 2000; Jorge, 2004; Gasquoine, 2005), nomeadamente necessidades sentidas (Kyritsi, Matziou,

---

<sup>1</sup> Enfermeira (s) é um termo que será utilizado para significar a (o) profissional de enfermagem, podendo ser utilizado no feminino ou masculino de acordo com as circunstâncias e autores referenciados.

Perdikaris & Evagelou, 2005), papéis desempenhados e estratégias de enfermagem para que se sintam seguros (Kristenssen-Hallstrom & Elander, 1997), stresse e ansiedade provocados pela hospitalização do filho (Palmer, 1993; Stratton, 2004) e pelos procedimentos dolorosos (Pinto, Fernandes & Teixeira, 2001).

É normalmente a mãe que acompanha o filho hospitalizado. Essa permanência em tempo integral promove o contacto contínuo com a equipa de enfermagem e torna constante a sua presença em actividades realizadas pelos profissionais.

Durante a sua permanência no hospital, as crianças são submetidas a múltiplos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Dependendo das condições físicas, capacidade de compreensão e colaboração da criança, os procedimentos dolorosos, como as punções venosas, podem ser difíceis e demoradas, provocando aumento dos níveis de ansiedade tanto das mães, como das crianças e das enfermeiras. Desde logo, a colheita de sangue no momento do internamento. E como salienta Fernandes (2000), quando dez minutos depois de ter contacto com o serviço e com o pessoal, a criança é submetida a uma “picada” que assume o simbolismo de um rito inicial. Marca o início de um percurso que vai durar todo o internamento durante o qual ela vai ser repetidamente submetida a situações de desconforto e dor em que tem de se entregar sem compreender bem porquê e perante a estranha convivência dos pais, contrastando com o estado de inquietação em que estes se encontram.

Normalmente, os procedimentos de enfermagem são o que mais “custa” às mães que as acompanham (Collet & Rocha, 2003), passando uma etapa difícil e de grande sofrimento e ansiedade. E é aqui que se torna ainda mais essencial o cuidado de enfermagem.

Após o procedimento, quando a mãe é questionada sobre o seu sofrimento, o modo como é descrita essa dor sofre a influência de vários factores, incluindo a facilidade do uso da linguagem, a familiaridade com termos médicos, as experiências individuais de dor e as crenças leigas sobre a estrutura e o funcionamento do corpo (Helman, 2003). É aqui que reside a essência deste estudo, a necessidade de compreender as respostas das mães aos procedimentos tendo em conta estes factores particulares e na interacção com as enfermeiras.

De certa forma, é na interacção da enfermeira com a mãe que este sofrimento pode ser aliviado através de capacidades de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia, devendo este orientar-se para a experiência daquela pessoa. Como refere Phaneuf (2005), a enfermeira orienta-se para a experiência de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, recolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades da pessoa.

As enfermeiras na maioria das instituições de saúde, são aquelas a quem o cliente<sup>2</sup> estabelece primeiro contacto nos cuidados de saúde. Desta forma, estabelecem de imediato relações com estes e sua família. Estas relações incluem a interacção. A interacção entre enfermeira e cliente que inclui aspectos como comunicação verbal e não verbal constitui um papel importante no cuidado ao mesmo. Consequentemente, inclui uma série de comportamentos e aspectos afectivos e como se sentem durante a interacção.

Assim, dada a importância da interacção e respostas dos interactuantes no contexto dos cuidados de enfermagem, o foco deste estudo é compreender como lidam enfermeiras e mães das crianças hospitalizadas (lactentes e crianças até aos dois anos) com os procedimentos de enfermagem dolorosos. E porquê centrar o estudo nesta faixa etária?

Desde cedo percebemos que, e de acordo com a literatura encontrada, as crianças até aos dois anos são mais sensíveis à dor e mais frágeis (Algren, 2006). Outro aspecto prende-se com o facto de neste período a criança ainda não ter adquirido por completo a comunicação verbal, o que implicaria um foco de estudo diferente do pretendido porque também teriam de ser analisadas as conversações da criança. Por outro lado, porque, por experiência pessoal, uma punção venosa a um lactente ou criança pequena acarreta níveis de ansiedade para a equipa de enfermagem mais elevados, visto se tratarem de seres frágeis que reagem á dor de forma muito peculiar.

A hospitalização constitui uma adaptação cultural, social e organizacional ao contexto onde temporariamente se insere. Como é que esta pessoa significativa, que acompanha a criança no seu dia-a-dia no Hospital, devido a inserir-se num Hospital com cultura e práticas características, poderá evitar a imposição dos seus valores, crenças, ideias, formas de organizar o comportamento? Como exteriorizam o seu sofrimento, ansiedade do desconhecido e tão vasto número de situações geradoras de stress e ansiedade para o filho e consequentemente para si? Como lidam com os procedimentos de enfermagem? Que estratégias utilizam para gerir estas situações de stress? Será que as enfermeiras estão preparadas para interagir com estes familiares tendo em conta a diversidade das reacções e das situações? Como interagem durante os procedimentos tendo em conta os significados atribuídos por cada mãe? Como se adaptam às diferenças comportamentais? Que intervenções terapêuticas utilizam?

Na tentativa de dar resposta a estas questões, formulamos a seguinte questão de investigação:

---

<sup>2</sup> O termo cliente (s) será utilizado ao longo do trabalho para designar aquele que é alvo dos cuidados de enfermagem, e podendo também empregar-se utente ou doente com o mesmo significado.

*Como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos?*

Esta foi subdividida nas questões:

- Qual a intenção das acções de mães e enfermeiras quando interagem durante os procedimentos?
- Que emoções expressam no contexto da interacção?
- Que percepções desenvolvem as enfermeiras sobre os comportamentos das mães?
- Que percepções desenvolvem as mães sobre os comportamentos das enfermeiras?
- Quais as intervenções de enfermagem terapêuticas no cuidado à criança/mãe aquando dos procedimentos dolorosos?

Considerando as respostas que ocorrem no seio da interacção, como cerne do nosso estudo, e tendo em conta o problema e as questões norteadoras desta investigação, propusemo-nos:

- Conhecer como lidam enfermeiras e mães de lactentes e crianças até aos dois anos com os procedimentos de enfermagem dolorosos;
- Identificar a intenção das acções de mães e enfermeiras, assim como as percepções desenvolvidas no seio da interacção;
- Conhecer a resposta emocional tanto das mães como das enfermeiras aquando dos procedimentos dolorosos;
- Identificar intervenções de enfermagem terapêuticas no cuidado à mãe/criança durante os procedimentos dolorosos;
- Construir um modelo explicativo e descritivo do fenómeno em estudo;

Neste seguimento, ao *clarificar como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos dolorosos à criança hospitalizada, assim como, quais as intenções das suas acções a partir de uma visão “emic”<sup>3</sup> e “etic” em simultâneo, pretendemos contribuir para uma intervenção mais efectiva da enfermagem e de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa*, com a finalidade de tornar esta experiência dolorosa o menos stressante possível para as mães e crianças. Com este estudo é nossa intenção também, ao conhecer as emoções, medos e preocupações das mães, contribuir para reforçar a importância da relação de ajuda à criança/mãe pois a ansiedade das mães é transmitida aos filhos, influenciando a recuperação destes.

---

<sup>3</sup> O factor que faz a diferença na investigação é a tentativa séria de procurar a perspectiva *emic*, ou seja, a perspectiva interior do participante (Streubert, 2002a)

Foi um estudo orientado pelo método da *Grounded Theory*, tipo de metodologia de análise de dados, que dada a sua flexibilidade processual não pretendeu, neste estudo, constituir uma teoria mas sim um modelo explicativo do fenómeno em estudo.

Para a recolha de informação empírica, optamos pela observação participante e entrevista semi-estruturada, pois para compreendermos o fenómeno, tornou-se essencial emergir no contexto social onde actuavam os participantes, fazendo parte do mesmo, facilitando a visão “emic” destes.

A pesquisa bibliográfica, a colheita de dados e a análise de dados foram efectuadas em simultâneo, para uma melhor compreensão das questões em estudo. Os dados obtidos foram analisados segundo uma metodologia de comparações constantes preconizada por Strauss e Corbin, emergindo a categoria central: Respostas de mães e enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até dois anos, no contexto de uma unidade pediátrica.

No que concerne à estruturação desta dissertação, para além da presente introdução onde o estudo é justificado e problematizado, integra três outras partes fundamentais: **i)** iniciámos com a reflexão teórica efectuada após uma extensa revisão da literatura sobre a temática em estudo: num **primeiro capítulo**, abordamos a enfermagem como processo de interacção, apresentando alguns modelos interaccionistas e de seguida, contextualizamo-los nos cuidados pediátricos; num outro ponto, centralizamos a reflexão teórica na interacção social, sempre com o pressuposto que mães e enfermeiras são actores sociais; num **segundo capítulo**, abordamos a temática da dor associada aos procedimentos e tipos de resposta das mães, crianças e enfermeiras à dor. Esta parte teórica teve como objectivo identificar e determinar os pressupostos teóricos que envolveram a problemática em análise; **ii)** seguidamente a 2ª parte que reuniu todos os procedimentos metodológicos relativos ao modo como decorreu o trabalho de campo; **iii)** e por último, fornecendo-nos o auge deste percurso, apresentamos, analisamos e discutimos os dados em simultâneo, e posteriormente tecemos as conclusões, onde reflectimos sobre os aspectos mais significativos das categorias que constituíram as respostas das mães e enfermeiras no seio da interacção, no contexto da execução dos procedimentos.

Importa ainda salientar que, dada a natureza qualitativa do estudo e havendo uma maior preocupação com o processo do que com os resultados, esta investigação pretende fazer uma análise intensiva de casos particulares, não com o intuito de nos levar a generalizações mas incentivar a reflexão sobre os resultados, contribuindo para a

melhoria dos cuidados prestados e também permitindo o levantamento de possíveis e ulteriores problemas de pesquisa.

Partimos para esta investigação sempre com a ideia de que esta trajectória poderia ser uma das muitas possíveis a serem seguidas.

## **PRIMEIRA PARTE: REVISÃO DA LITERATURA - Acção e Interação em Cuidados Pediátricos**

---

Esta parte pretende demonstrar uma reflexão fundamentada incidindo sobre conceitos que permitirão compreender melhor a problemática em estudo, e perceber o porquê da opção metodológica equacionada. É composta por dois capítulos fundamentais. Num primeiro capítulo – *enfermagem como processo de interacção* – construiremos a reflexão considerando a afirmação do conceito de interacção no seio da disciplina de enfermagem e nomeadamente na enfermagem pediátrica, canalizando-o para os modelos de enfermagem pediátrica. Abordaremos, também, os conceitos de interacção e comunicação como pilares da relação interpessoal, baseando a nossa reflexão nos contributos de outras disciplinas como a Psicologia Social, Sociologia e Antropologia. Num segundo capítulo – *Mãe/criança/enfermeira e os procedimentos de enfermagem dolorosos* – centraremos-nos na problemática da hospitalização e relação mãe/filho, na dor provocada pelos procedimentos de enfermagem e respostas da criança e mãe à experiência dolorosa, bem como a resposta da enfermeira que se manifesta fundamentalmente através dos cuidados prestados à díade.

### **Capítulo I – Enfermagem como processo de interacção**

O conceito de interacção é, para Meleis (2007), um dos conceitos centrais que integra o domínio da disciplina de enfermagem, sendo que algumas teóricas definem enfermagem como processo de interacção. Face a isto, enunciaremos as características gerais das diversas teorias que definem a Enfermagem como processo de interacção, e aprofundaremos um pouco mais aquela que, no nosso entender, melhor explica o que se verifica no contexto deste estudo. Posteriormente, como estas teorias não se referem ao cuidado pediátrico, visto este ser específico por englobar sempre a díade mãe/filho ou acompanhante/criança, faremos referência a alguns modelos de enfermagem pediátrica.

#### **1- Modelos de Enfermagem interaccionistas**

À medida que a Enfermagem evoluiu como profissão, assistimos à sua sustentação em teorias próprias. Existem diversos modelos e teorias de enfermagem, com diferentes abordagens entre si, mas partindo de uma mesma combinação de conceitos relacionados com a pessoa, o ambiente, a saúde e a Enfermagem, considerados como metaparadigma da enfermagem. Alguns autores (Fawcett, 1984) reconheceram, através da Investigação estes quatro conceitos fundamentais da Enfermagem.

Allgood e Tomey (2004) referem que o metaparadigma é o nível mais abstracto do conhecimento. Determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. De forma geral, **a pessoa** é o indivíduo com quem o enfermeiro interage. A

inter relação pode incluir mais do que uma pessoa, o que no caso da Enfermagem Pediátrica se refere à criança e acompanhante (mãe/pai/familiar), pois cuidar em pediatria, nomeadamente, no Hospital implica sempre díade mãe/filho. O **ambiente** engloba qualquer local onde a relação terapêutica pessoa/enfermeira ocorre. Pode representar os arredores imediatos, a comunidade, o Universo com tudo o que contém. A **saúde**, como refere Hickman (2000), “ (...) representa um estado de bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e pela enfermeira” (p. 11). Por exemplo, se uma pessoa com uma doença crónica está adaptada à sua doença e age normalmente, podemos considerá-la uma pessoa saudável. A **Enfermagem** é a ciência e a arte da disciplina. Ellis e Hartley (1998) quando definem enfermagem enfatizam que qualquer definição deve indicar que esta se trata de uma ciência e de uma arte. Tal pressuposto é fundamentado da seguinte forma: é uma arte, pois é composta de habilidades que exigem a excelência para a sua execução e, por outro lado, é uma ciência, pois exige conhecimentos sistematizados a partir da observação, da investigação e do estudo.

Benner e Wrubel (referidas por Lopes, 1999) acrescentam que o ideal moral da Enfermagem não consiste apenas em aplicar um conjunto de técnicas aprendidas mas também é importante que o enfermeiro participe na prática, para que consiga atingir uma excelência que lhe permita pôr a técnica ao serviço da pessoa, transformando a prestação de cuidados numa arte e preservando, deste modo, a dignidade da pessoa humana.

Então, ser enfermeiro implica muito mais do que saber fazer (a destreza com a prática treina-se) e muito mais do que só saber (qualquer pessoa consegue memorizar). O enfermeiro deve ter a arte de inculcar no cliente que este é o único detentor dos recursos básicos para resolver a natureza do problema de saúde. Espírito Santo (1999) refere que, é aqui que reside a verdadeira arte da enfermagem, salientando que, o enfermeiro através da sua ciência (os conhecimentos) assiste o cliente e orienta-o sobre cada uma das etapas do processo de cuidados.

Na Enfermagem, como referem Pearson e Vaughan (1992), os cuidados prestados aos doentes e clientes são influenciados por modelos que os prestadores de cuidados seguem. Contudo, não há um modelo único acordado no seio de uma equipa de enfermagem. Isto porque todos os enfermeiros são indivíduos, com um passado próprio, educação, crenças, valores e cultura próprias que exercem influência sobre o seu comportamento e sobre o que valorizam, o que leva a um modelo para o exercício de Enfermagem, sobre o qual assentam o seu cuidar da pessoa. Assim, há que ter em conta diferentes tipos de abordagem para com o cliente pediátrico, consoante o alvo dos cuidados, o que é influenciado por valores, crenças pessoais e profissionais.

Nesta senda, importa ainda referir que, a visão que o enfermeiro tem do cliente, como centro do cuidado, sofreu algumas mudanças ao longo do tempo. Deixou de se utilizar o termo “tratar” (que nos remete para o corpo físico) para se prestar cuidados ao indivíduo de forma holística, isto é, do “tratar” passou a “cuidar-se” e cuidar do ser humano com características próprias e com uma individualidade muito característica.

Para Watson (2002), responsável pelo emergir da enfermagem como ciência humana, “cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem” (p. 62). É citado com o pressuposto de que, quem cuida deve compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los. Deste modo, os pais constituem um elo essencial neste processo de humanização dos cuidados. Eles dão uma dimensão aos cuidados que, de outra forma, perder-se-ia, isto é, proporcionam um relacionamento afectuoso e um ambiente social “quente”, insubstituível, que só a família consegue proporcionar. (Diogo, 2001).

Este cuidar humano, como Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major (1996) definem como distintivo da escola do cuidar, emergiu numa época em que dominam orientações de enfermagem no contexto do paradigma da transformação.

Nesta época, ao contrário da época do paradigma da categorização em que os enfermeiros orientavam a sua prática com divisão de tarefas (Taylorismo), perspectivam-se os fenómenos como únicos (um único fenómeno não pode parecer-se completamente com um outro) e em interacção com tudo o que os rodeia. Este período, que emergiu em meados da década de setenta, foi a base da abertura das Ciências de Enfermagem para o mundo, englobando autoras como Watson, Rogers, Newman e Parse. Nos anos setenta e oitenta, o estudo de modelos e teorias de Enfermagem começa a dar relevo a funções interdependentes e independentes. Procura dar-se resposta a novas exigências da sociedade e, tal como referem Kérouac et al. (1996), a desenvolver técnicas e conhecimentos científicos, mas também a privilegiar uma grande qualidade no contacto humano.

Neste período é reconhecido às pessoas a capacidade e possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde. Uma das teorias que, entre outras, para Moigne (referido por Lopes, 1999) terá influenciado e contribuído para a visão de que a pessoa é um ser único e está em relação com o seu ambiente ou meio envolvente, foi a teoria geral dos sistemas, desenvolvida por Von Bertalanffy. Kérouac et al. (1996) salientam que, segundo esta teoria, o ser humano está em constante relação

com a natureza, o que significa que cada elemento do universo interage com os outros elementos.

Kérouac et al. (1996), como já foi referido, estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem e, anterior à escola humanista, salientam também a importância da escola da interacção para a compreensão da natureza dos cuidados de enfermagem. Aqui importa contextualizar, a escola da interacção ou os modelos de enfermagem de interacção, para a compreensão do fenómeno em estudo nesta investigação.

Segundo a escola de interacção, o cuidado é definido como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e outra capaz de oferecer essa ajuda (Kérouac et al., 1996). Como teóricas integrantes desta escola são citados nomes como Peplau, Orlando e King, sendo a primeira, considerada a pioneira.

Meleis (2007), para além dos quatro conceitos referidos anteriormente, que estão na base da construção do pensamento em Enfermagem, considera outros conceitos: a transição, o processo de enfermagem, as intervenções terapêuticas e a interacção, tendo estes, elevado potencial para gerar teorias de enfermagem. Esta enfermeira, na quarta edição do seu livro *Theoretical Nursing: Development and Progress* faz referência a algumas teóricas que centraram a sua atenção nos processos de interacção entre o enfermeiro e o cliente, nomeadamente, Imogene King, Ida Orlando, Josephine G. Paterson and Loretta Zderad, Travelbee e Ernestine Wiedenbach. Outra teórica não referida por Meleis no capítulo intitulado “ On Interactions” (p.330) é Hildegard Peplau, que também faremos referência por considerarmos fundamental para compreender a Enfermagem como relação interpessoal, uma vez que é considerada a pioneira da escola de interacção (Kérouac et al., 1996). Face ao exposto, incidiremos basicamente nos pressupostos de três teóricas fundamentais nesta escola de interacção: Peplau, Orlando e King, que no nosso entender, melhor se adequam à problemática desta investigação. Desenvolveremos com maior profundidade e integrado já na época em que domina o paradigma da transformação, o modelo de parceria de Anne Casey (1988) e posteriormente, integrando o conceito de interacção nos cuidados pediátricos, o modelo de interacção de Shields (2002).

De acordo com Peplau (referida por Belcher & Fish, 2000) “a enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interacção entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum”. (p.46). É esta meta que proporciona o incentivo para o processo terapêutico, no qual a enfermeira e o doente se respeitam um ao outro como indivíduos, aprendendo e crescendo como resultado dessa interacção. Igualmente, como

contributo para a relação interpessoal, cada pessoa tem ideias pré-concebidas que influenciam as percepções, e são essas diferenças de percepção que são tão importantes no processo interpessoal. Assim, a Enfermagem é um processo interpessoal e, tanto o doente como a enfermeira, assumem papéis especialmente importantes na interacção terapêutica e, o tipo de pessoa que a enfermeira é, e vem a ser, tem uma influência directa sobre a sua habilidade no relacionamento terapêutico interpessoal. Neste sentido, é fulcral pensar que, as pessoas que estão conscientes dos seus próprios sentimentos, percepções e acções têm mais probabilidade de estar conscientes das reacções individuais dos outros.

Esta reacção da enfermeira ao doente e vice-versa é influenciada pela cultura, a religião, a raça, pelos antecedentes educacionais, pelas experiências, as ideias pré-concebidas e as expectativas. São estas características, que estão na base de todo o processo interaccional, ou seja, as pessoas, agem e reagem tendo em conta o que pensam de si e dos outros.

Igualmente, Hesbeen (2000), quando define cuidados de enfermagem, implicitamente refere-se à relação interpessoal: “ (...) os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação (...) inscrevem-se assim numa acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas”. (p. 67).

Também Orlando (referida por Leonard e George, 2000) na sua teoria de enfermagem salienta a relação recíproca entre doente e enfermeira. Ela descreve o processo de enfermagem baseado nessa interacção, acreditando que a Enfermagem é *exclusiva* e *independente* pois preocupa-se com uma necessidade de ajuda numa situação imediata. A teoria de Orlando centra-se no doente como um *indivíduo* que, em cada situação, é diferente. Para serem apropriadas, as acções de enfermagem para dois doentes apresentando o mesmo comportamento ou para o mesmo doente, em ocasiões diferentes, devem ser individualizadas. Assim, o *immediatismo* da situação de enfermagem é um conceito vital na teoria de Orlando, devendo a acção da enfermeira ser destinada, especificamente, ao evento imediato.

Orlando, caracteriza a disciplina de Enfermagem como *interactiva*. Descreve em pormenor, o que acontece entre a enfermeira e o doente num encontro específico, em que, o comportamento do doente provoca o início do processo, envolvendo a reacção da enfermeira ao seu comportamento e a sua acção consequente. Deste modo, o

comportamento do doente estimula a reacção da enfermeira. Esta percebe o comportamento através de qualquer um dos sentidos, levando a percepção ao pensamento automático. De salientar ainda que a ideia de comportamento verbal ou não verbal na Enfermagem, está inerente a esta teoria quando Orlando afirma que “ (...) os doentes são capazes e desejosos de comunicar verbalmente (e não-verbalmente quando incapazes de comunicar verbalmente)” (Schmieding, 2004. p. 449)

Há vários aspectos que nos fazem perceber que cada vez mais, podemos pensar como Orlando (citada por Leonard e George, 2000) quando refere que “ (...) o processo real de uma interacção enfermeira-paciente pode ser o mesmo de qualquer interacção entre duas pessoas” (p. 133), uma vez que nela incluímos conceitos, como os que se seguem: relação, percepção, papel, comportamento verbal e não verbal, acção, reacção, influências culturais, valores, crenças, experiências, entre outros, muito utilizados no seio da Psicologia Social.

Também King refere-se à Enfermagem como processo interactivo, pelo que passaremos a descrever os principais postulados. Apesar de esta teoria não fazer referência relativamente à sua adaptação a cuidados pediátricos, pensámos que é a melhor que se adequa ao que acontece entre mães e enfermeiras como actores sociais, quando interagem no contexto dos procedimentos dolorosos.

King acredita que a saúde tem significados diferentes para indivíduos e grupos de culturas diferentes e frequentemente para indivíduos dentro de uma mesma cultura. Este modelo, estrutura de sistemas abertos de King (George, 2000) que se baseia em quatro conceitos entre eles, os sistemas sociais, a percepção, as relações interpessoais e a saúde, e a Enfermagem como um processo interactivo, é de primordial importância para a compreensão do problema desta investigação.

Assim, considera-se que as pessoas funcionam dentro de sistemas sociais, através de relações interpessoais. Pearson e Vaughan (1992) referem ainda que, ao longo da vida, as pessoas são seres reactivos e reagem a situações, pessoas e objectos de acordo com a percepção que têm deles. São seres sociais e por isso, por vezes, comportam-se com os outros de modo semelhante, e frequentemente de maneiras diferentes, quando interagem com eles por meio de acções verbais e não verbais. A interacção dá-se com pessoas e coisas do ambiente imediato e dos sistemas sociais que as envolvem.

Passaremos a descrever a estrutura de sistemas abertos de King (George, 2000). A estrutura conceitual é composta por três sistemas em interacção: o pessoal, o interpessoal e o social.

Os indivíduos existem dentro dos sistemas pessoais e King dá-nos o exemplo do doente ou da enfermeira (Sieloff, 2004), acreditando que é necessário perceber os conceitos de imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, percepção, vida, espaço e tempo, para compreender os seres humanos enquanto pessoas. A percepção, como conceito principal do sistema pessoal, influencia todos os comportamentos, com o qual, todos os outros conceitos estão relacionados. Assim, a percepção é orientada para a acção no presente e baseada na informação disponível. King (referida por George, 2000) discute ainda a percepção como processo no qual os dados obtidos através dos sentidos e da memória são organizados, interpretados e transformados. Acredita que, “(...) este processo de interacção humana com o ambiente influencia o comportamento, proporciona significado à experiência e representa a imagem da realidade do indivíduo” (p. 171).

Neste sentido, o enfoque da Enfermagem no sistema pessoal é a pessoa (King, referida por George, 2000). Quando os sistemas pessoais entram em contacto uns com os outros, formam os sistemas interpessoais.

Estes sistemas formam-se quando dois ou mais indivíduos interagem, formando díades (duas pessoas) ou tríades (três pessoas). King (referida por Sieloff, 2004) refere que a díade da enfermeira e do doente é um tipo de sistema interpessoal, enquanto, grupos pequenos como as famílias, também podem ser considerados sistemas pessoais. Nesta ordem de ideias, será que a tríade mãe/criança/enfermeira não poderá ser considerada um sistema interpessoal? Baseando-nos no que afirma King, poderemos responder que sim. Compreender o sistema interpessoal requer um entendimento dos conceitos de comunicação, interacção, função ou papel, *stress* e transacção, que serão definidos mais à frente. Os sistemas interpessoais juntam-se para formar sistemas maiores conhecidos como sistemas sociais.

Um sistema de interacção alargado inclui grupos que constituem a sociedade e é referido como sistema social (King referida por Sieloff, 2004). Os sistemas religioso, educativo e de cuidados de saúde são exemplos de sistemas sociais. Dentro de um sistema social, os conceitos de autoridade, tomada de decisão, organização, poder e estatuto são essenciais para a sua compreensão.

A partir destas crenças e conceitos dos sistemas, King (referida por Sieloff, 2004) produziu a teoria da obtenção de metas, definindo enfermagem como “ (...) um processo interpessoal de acção, reacção, interacção, através do qual enfermeira e cliente partilham informação sobre as suas percepções na situação de enfermagem” (p.383) e acrescenta

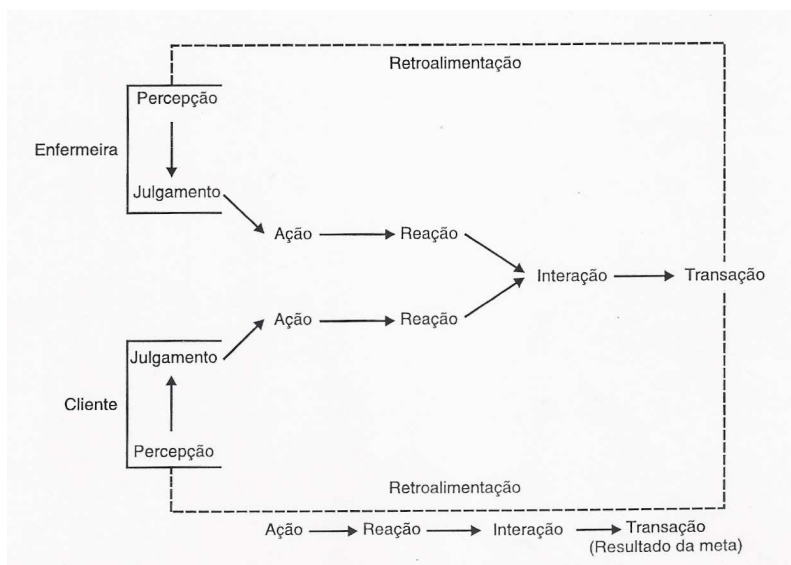
ainda que, as percepções de uma enfermeira e de um doente também influenciam o processo interpessoal.

Esta teoria centra-se no sistema interpessoal e nas interações que têm lugar entre indivíduos, particularmente na relação enfermeira-doente. No processo de enfermagem, cada membro da díade percebe o outro, faz juízos e toma atitudes. Em conjunto essas actividades culminam em reacção. Daí, resulta a interacção e, se houver congruência perceptual e as perturbações forem conquistadas, ocorrem as transacções. O sistema é aberto para permitir o *feedback*, porque cada fase da actividade influencia potencialmente a percepção.

Torna-se fundamental também referir que, para King, os indivíduos diferem nas suas necessidades, desejos e objectivos e possuem *self*. O *self* é um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência de uma pessoa acerca da sua existência individual, a sua concepção de quem é ou do que é. Entre outras coisas, o *self* inclui um sistema de ideias, posturas, valores e compromissos; é o ambiente subjectivo completo de uma pessoa, é um centro de experiência e de significação distintivo. É o indivíduo como é conhecido pelo indivíduo, é ao que nos referimos quando dizemos “Eu” (King citada por Sieloff, 2004).

Para King (citada por Moura e Pagliuca, 2004), cada um dos indivíduos envolvidos numa interacção traz diferentes ideias, atitudes e percepções a serem trocados. Cada um faz um julgamento, agindo mentalmente ou decidindo agir e depois cada um reage ao outro e à situação (percepção, julgamento, acção, reacção) para o alcance de metas ou transacção, conforme demonstramos na figura 1:

Figura 1 – Interacção.



Fonte: King, 1971 (adaptado de George, 2000, p. 175)

Os conceitos da teoria são a interação, a percepção, a comunicação, a transacção, o *self*, o papel, o stresse, o crescimento e o desenvolvimento, o tempo e o espaço pessoal (George, 2000).

Meleis (2007) quando se refere à origem paradigmática desta teoria identifica um claro paralelismo com o interaccionismo simbólico. Justifica ainda que, o foco da teoria de King no processo de interação, em que cada actor interpreta e atribui significado a determinada situação pois são seres sociais, actores e reactores, aproxima-se dos pressupostos do interaccionismo simbólico.

Contudo, e dado que a interação enfermeiro-cliente passou a ser reconhecida como importante e se tornou extensiva aos cuidados de enfermagem no geral, tornou-se necessário reequacionar as teorizações existentes, uma vez que estamos perante situações de saúde e contextos diferentes. Tal é o caso de Shields (2002), que propôs um modelo de interação pais-enfermeiros em cuidados pediátricos baseado em valores culturais e passível de ser utilizado em países desenvolvidos, que será posteriormente abordado.

#### 1.1- Natureza da interação no contexto da prestação de cuidados pediátricos

Face ao exposto, qual a natureza da interação no contexto da prestação de cuidados pediátricos? É fundamental pensar que em Enfermagem Pediátrica, cuidar assume um papel específico, pois para além da criança, há inerente uma preocupação com o acompanhante durante a hospitalização e sua família, sendo fulcral também identificar modelos sobre os quais os enfermeiros incidem a sua prática. Assim, abordaremos de seguida, os modelos existentes específicos da Enfermagem Pediátrica e nos quais as enfermeiras deste estudo assentam a sua prática.

Assim, é fulcral não esquecer que a enfermagem no cuidado à criança hospitalizada deve ter em conta o modelo conceptual da família como centro do cuidar. Este modelo enfatiza a noção de que os pais estão envolvidos no cuidado à criança. Como salientam Marino e Ganser (referidos por Stratton, 2004), a família como centro do cuidar, compreende a inclusão dos pais, envolvimento e parceria com os cuidadores.

No cuidado à criança doente deverão ser valorizadas, não apenas componentes fisiológicas, mas componentes que valorizam a criança/família como pessoas únicas que são, tornando-se essencial introduzir o conceito de humanização nos cuidados de enfermagem. Como refere Martins (1991), “Humanizar é adaptar às necessidades e direitos do ser humano. Depende das noções que se tem do que é o ser humano e de quais são os seus direitos” (p. 25). Desta forma, é importante referir que as condições de atendimento da criança/família são fundamentais na humanização e devem ser

planeadas ao ínfimo pormenor de forma a garantir o bem-estar de ambas as partes envolvidas.

### **Modelo de parceria de Anne Casey**

Em Enfermagem Pediátrica, o modelo que actualmente é adoptado pelas equipas é o de parceria de cuidados de Anne Casey, desenvolvido em 1988. Neste contexto, a criança não é isolada da família, mas cuidada dentro da unidade familiar.

Os cuidados centrados na família irão propiciar um clima acolhedor, calmo, individualizado para as crianças e suas famílias, possibilitando aos enfermeiros uma série de desafios interessantes como a orientação e a coordenação do cuidado. É um processo que integra a criança, a família e a Enfermagem de forma a promover a saúde e o óptimo desenvolvimento em cada criança. Este cuidado é prestado a todas as crianças de forma individualizada, nunca esquecendo que cada criança é única, assim como a sua família, com experiências de vida únicas, crenças, religião e nível sociocultural.

O foco do modelo está na parceria entre o enfermeiro e a família sendo um dos primeiros modelos a ser desenvolvido para orientar especificamente a prática da enfermagem pediátrica.

Torna-se essencial introduzir nesta problemática, o conceito de parceria. Parceria de cuidados segundo Keating e Gilmore, é a “(...) formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados” (referidos por Mano, 2002, p. 54). Todos os Hospitais dispõem de uma abordagem de assistência à criança hospitalizada que, mesmo não estando normatizada, pode ser facilmente identificada pela observação (Oliveira & Collet, 1999). Assim, qualquer enfermeiro que cuida de crianças hospitalizadas tem a noção de parceria nos cuidados.

Seguidamente, será abordado este modelo, visto considerarmos ser de extrema importância para a compreensão da prática do cuidar em Pediatria. Ao contrário dos outros modelos de enfermagem, o modelo de Casey identifica, de forma clara, qual o contributo dos pais nos cuidados prestados às crianças doentes.

Parafraseando Mano (2002), “a família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo” (p. 53). As crianças normalmente são vulneráveis a modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais. Desta forma, a criança doente e hospitalizada vivencia situações de stresse e crise. Tais modificações ocorrem também com os pais, para os quais a hospitalização do filho constitui, igualmente, uma situação geradora de stresse, angústia e insegurança. Assim, os enfermeiros devem ter a

preocupação de, para além de cuidar da criança, desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família.

Para Casey (1988) há dois conceitos principais que orientam a abordagem de parceria: **cuidados centrados na criança e família**, havendo partilha de informação e conhecimentos que capacitem para a tomada de decisão e o processo de cuidados e **cuidados negociados**, que se referem à relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuos. Este processo de negociação irá conduzir a um plano de cuidados mutuamente combinado e à participação na prestação de cuidados consoante o desejo de cada um.

O enfermeiro presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Assim, a família deve ser encorajada a envolver-se no planeamento e implementação dos cuidados à sua criança, sob orientação e supervisão de enfermagem. Sabemos que, o grau de participação, varia de família para família, mas o enfermeiro deve apoiar e orientar de forma individualizada tendo em conta a especificidade de cada uma, respeitando as necessidades de cada díade. De qualquer forma, o enfermeiro só deverá imiscuir-se se a família não tiver capacidade ou conhecimento necessário para garantir a eficácia dos cuidados.

A forma de auxiliar a família e enfrentar todo o processo de doença assenta em dois pressupostos: comunicação honesta e franca participação nos cuidados. Torna-se fulcral um diálogo aberto, que permita logo de início estabelecer uma relação de confiança que facilite a expressão de sentimentos e/ou dúvidas, como forma de domínio da ansiedade do desconhecido. Deste modo, através de uma comunicação aberta, os enfermeiros valorizam o papel dos pais responsabilizando-os como os “expert” nos cuidados ao filho (Casey, 1988; Knight referido por Newton, 2000).

Como complemento e referindo os quatro conceitos que estão na base do emergir das teorias de Enfermagem, Casey (1988) define mais um conceito, no total cinco conceitos principais que orientam o seu modelo de parceria nos cuidados.

A *pessoa* é entendida como a **criança** e a sua **família**. Os cuidados prestados pelos membros da família ou, inclusive, os cuidados que a criança presta a si própria, são chamados de *cuidados familiares*. Este tipo de cuidados familiares inclui os cuidados prestados à criança que provêm das suas necessidades quotidianas. A *saúde* é definida como o estado óptimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente a todo o tempo, se se pretende que uma criança atinja todo o seu potencial. Relativamente ao **ambiente**, Casey refere que o desenvolvimento de uma criança pode ser afectado por um certo número de estímulos. A criança necessita de sentir que o ambiente exterior é

seguro, que é alvo de cuidados e de amor, caso se pretenda estimular a sua independência. Do **enfermeiro pediátrico** espera-se que preste cuidados de enfermagem pediátricos. Assim, Casey propõe uma abordagem de cuidados flexível, distinguindo cuidados de enfermagem de cuidados familiares. Em função das circunstâncias familiares, haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha actividades de cuidados familiares e outras em que os pais se encarregam de algumas actividades de cuidados de enfermagem.

Com a efectivação deste modelo na prática clínica, passou-se a valorizar e a incentivar uma maior participação dos pais no cuidado à criança hospitalizada

### **Participação da mãe nos cuidados pediátricos**

O termo “participação dos pais” foi sofrendo alterações ao longo do tempo. Segundo Darbyshire (1993), a hospitalização é há muito reconhecida como uma experiência stressante tanto para a criança como para a sua família. Desde a publicação do relatório Platt (Inglaterra em 1959), se tem vindo a dar mais ênfase à necessidade de os pais acompanharem os filhos durante o internamento.

Esta publicação, segundo alguns autores, surgiu da necessidade de reduzir os sintomas da “privação materna” descrita por Bowlby. Na altura, a Enfermagem recebia influências destas teorias psicológicas, o que fez com que os enfermeiros comesçassem a encorajar o contacto entre a criança hospitalizada e os pais. (Frank, Morgan e Lloyd, Hartrich, Hohle citados por Darbyshire, 1993). A partir desta altura, muitos estudos foram iniciados para **investigar** a participação dos pais no cuidado à criança.

A base da assistência à criança hospitalizada tem vindo a modificar-se nas últimas décadas, fruto de resultados de pesquisas na área das Ciências Médicas, Humanas e Sociais. Com estas contribuições foram desenvolvidas diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo de saúde-doença, que têm vindo a orientar a prática pediátrica. Estas perspectivas têm influenciado a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e interacção entre família/enfermeiro.

Após pesquisa de alguns artigos, salienta-se que a maioria dos trabalhos de investigação desenvolvidos na área da Enfermagem Pediátrica, mais especificamente com foco na participação dos pais no cuidado ao filho, basearam-se em estudos de natureza qualitativa. Alguns investigadores (Algren referido por Darbyshire, 1993) concluíram que a maioria dos pais preferiam participar no cuidado aos filhos na satisfação de necessidades como alimentação, conforto e higiene em oposição à colaboração nos procedimentos técnicos.

De salientar ainda que, a maior parte dos estudos que têm em conta a participação dos pais, são centrados nas mães. Isto não constitui surpresa, tendo em conta que normalmente, são as mães que acompanham os filhos durante a hospitalização, embora actualmente, os pais já tenham um papel activo no cuidado à criança. Assim, o enfermeiro deverá ter competência para gerir o cuidado em parceria com a mãe acompanhante e saber como integrá-la de forma eficaz e como recurso importante em todo o processo.

Posteriormente à publicação do relatório Platt, Darbyshire (1993) descreve uma época em que a presença dos pais era mais tolerada do que encorajada, sendo que estes não eram considerados como uma mais valia, mas sim como desencadeadores de problemas para a Enfermagem. Tal facto devia-se, segundo alguns autores, às características, crenças e valores de cada mãe. Por exemplo, referiam-se a mães “preguiçosas”, mães “neuróticas” e algumas mães “colaboradoras” (Anstice citada por Darbyshire, 1993). A justificação dada pelos enfermeiros em não tolerar a presença da mãe, devia-se ao facto de que seria facilitador cuidar da criança durante alguns procedimentos quando os pais não estavam presentes. Os enfermeiros teriam uma maior oportunidade de estabelecer contacto com as crianças na ausência dos pais, considerando que algumas mães eram mesmo “difíceis”.

Actualmente, após uma série de investigações, entende-se que a presença das mães durante o internamento é fulcral e deve ser encorajada pelos enfermeiros. Contudo, estes deverão ter em conta que a maioria dos pais demonstram sentimentos intensos de culpa, raiva, depressão e exaustão física, durante o acompanhamento do filho no hospital (Nolan, Hilton, Turner, Beckett e Smith referidos por Darbyshire, 1993). Em alguns estudos, os pais descrevem a sua relação com os enfermeiros, valorizando-os e descrevendo alguns como honestos, informais com capacidade de escuta e disponibilidade. Por outro lado, há pais que também se referem a alguns enfermeiros como rudes, abruptos, arrogantes (Robertson, Webb, Hilton, Turner, Smith referidos por Darbyshire, 1993).

Se os enfermeiros pediátricos pretendem continuar a desenvolver uma filosofia de cuidado baseada na parceria com os pais, então necessitam de um conhecimento profundo acerca da natureza das experiências dos pais e como este pode ser aplicado na prática de Enfermagem.

Estudos recentes (Lima, Rocha & Scochi, 1999) referem que, a hospitalização é uma experiência stressante, envolvendo uma profunda adaptação da criança às várias mudanças que acontecem no dia-a-dia. Contudo, poderá ser amenizada pelo

fornecimento de algumas condições como presença de familiares, disponibilidade dos enfermeiros, transmissão de informação. Bierman, Schmitz, Cypriano e Fisberg, Lima e Coyne (referidos por Lima et al., 1999) são unânimes em afirmar que a separação da mãe é o factor que provoca maiores efeitos adversos no processo de hospitalização, predominantemente em crianças com idade inferior a seis anos.

Após exposição dos princípios que orientam o modelo de parceria, o que implicitamente supõe a participação dos pais no cuidado, e se parceria implica interacção entre pais, enfermeiros e criança introduziremos, neste quadro de referência, um modelo relativamente recente proposto por Shields (2002) que dá especial atenção ao processo de interacção em Enfermagem Pediátrica.

### **Modelo de Interacção Pais – Enfermeiros em Cuidados Pediátricos**

Shields (2002) através de uma reflexão sobre os modelos de interaccionistas enfatiza a necessidade de ser criado um modelo de enfermagem aplicável ao cuidado pediátrico no Hospital. Segundo a autora, os modelos já existentes que orientam a prática dos cuidados de enfermagem pediátricos em países desenvolvidos muitas vezes não se aplicam à cultura de cada país e às diferentes classes sociais, como é o caso do modelo de Anne Casey.

Nesta senda, um novo modelo filosófico para Enfermagem Pediátrica é apresentado e analisado baseado nos modelos de interacção. É importante referir ainda que, numa interacção o papel dos actores é avaliado e negociado tendo em conta as suas percepções, crenças e valores (Shields, 2002), uma vez que a cultura afecta o uso dos modelos de cuidar assim como a religião, a saúde e o género dos indivíduos. Estes constituem, sem dúvida, um papel importante na interacção, assim como a educação e a classe social que são consideradas influências sócio-culturais no cuidado à criança hospitalizada. A referida autora salienta também que, uma interacção é influenciada pela classe social do familiar e da enfermeira, ou seja, se o familiar for de uma classe social mais baixa que a enfermeira então aceita facilmente um conselho e ensino mas a aprendizagem e mudança de comportamento poderão não ser facilitados. Por outro lado, se o familiar pertencer a uma classe social mais alta que a enfermeira, não irá facilmente acreditar que uma pessoa de uma classe mais baixa o possa ensinar ou aconselhar.

Este modelo de interacção apresentado por Shields (2002) engloba duas componentes fundamentais: a presença dos pais e a comunicação entre os pais e enfermeiros. Os conceitos que definem o metaparadigma de Enfermagem – pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem – estão incluídos. O familiar e a criança constituem uma unidade única, individual que se encontra no Hospital (o ambiente), rodeados por profissionais como

unidade separada. A comunicação é o factor de ligação entre estas unidades. O conceito de Saúde está inerente ao modelo, porque a unidade família-criança não poderia encontrar-se no Hospital se a saúde da criança não estivesse comprometida.

Inerente a este modelo de interacção em cuidados pediátricos encontra-se o conceito de cultura, pelo que, passaremos a descrever algumas influências culturais nos modelos de Enfermagem Pediátrica.

### **Influências culturais nos modelos de Enfermagem Pediátrica**

As crianças cuidadas e seus pais provêm de determinados grupos culturais e classes e é devido a estas influências que, por vezes, se torna difícil prestar cuidados. A cultura afecta o uso dos modelos de enfermagem, sendo necessário entendê-la no conjunto e no seu contexto social. Neste sentido, torna-se importante reflectir um pouco sobre a multidisciplinaridade associada ao conceito de cultura, iniciando a sua compreensão sob um ponto de vista antropológico.

Cultura é tudo o que recebemos, transmitimos ou inventamos, encontrando-se em cada indivíduo que, por sua vez, está integrado numa organização social. O individual e o sócio-cultural ligam-se e interpenetram-se através da influência de agentes e meios, que a personalidade individual interioriza na cultura de uma sociedade.

Os homens não nascem com cultura; sofrem um processo de endoculturação ou inculturação que os integra no seu todo social e cultural: não nascem aprendidos. Consequentemente, o processo cultural, repete-se em cada indivíduo e está intimamente ligado ao grupo, à classe social, ao tipo de cultura ou sociedade, à etnia, ou seja, à cultura como sistema. A personalidade existe na cultura e a cultura existe na personalidade: a invasão do sócio-cultural no individual de cada um, reflecte este jogo dialéctico entre o indivíduo e a cultura. Assim, “ se o Homem é essencialmente um ser único, existem homens justamente diferentes uns dos outros pela cultura” (Lima, Martinez & Filho, 1980, p. 95).

Os autores supracitados salientam ainda que, não existem culturas superiores mas culturas diferentes. Todos os grupos humanos possuem costumes próprios, a variedade das condutas humanas não é pautada por causas geneticamente herdadas, mas sim, por padrões ou modelos sócio-culturalmente aprendidos. A experiência pessoal de cada um é baseada num sistema sociocultural que influencia os juízos e as valorações (daí a tendência para pensarmos o outro ou os outros segundo os parâmetros da nossa própria cultura).

Para Thompson (referido por Martins, 2006), entender a experiência na vida de homens e mulheres é compreender o diálogo existente entre o ser social e a consciência social. O

autor advoga que é por meio da categoria experiência que se compreende a resposta mental e emocional, seja de um indivíduo ou de um grupo social, a muitos acontecimentos interrelacionados ou a mais repetições do mesmo tipo de acontecimento. É pela experiência que homens e mulheres definem e redefinem as suas práticas e pensamentos. A noção de experiência torna-se fundamental para superar a contradição entre determinação e agir humano, permitindo compreender homens e mulheres como sujeitos: indivíduos que “tratam” essa experiência na sua consciência e cultura e, de seguida, agem sobre uma situação determinada.

Thompson afirma, ainda que, a experiência vivida, além de pensada é também sentida pelos sujeitos: as pessoas não experimentam a sua própria experiência apenas como ideias, no âmbito do pensamento e dos seus procedimentos. Elas também experimentam a sua experiência como sentimento e lidam com ele na cultura. Esta vivência, pode ajudar a rever práticas, valores e normas e, ao mesmo tempo, pode ajudar a constituir identidades de classe, de género, de geração, de etnias.

Também Geertz (1989) se refere ao conceito de cultura e defende que é essencialmente semiótico pois, tal como Max Weber acredita, o Homem é um animal amarrado a “teias” de significados que ele mesmo teceu. Assim sendo, Geertz (1989) assume a cultura como sendo essas “teias” e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma “(...) ciência interpretativa, à procura do significado.” (p. 15).

Tornar-se humano é tornar-se individual, e nós tornamo-nos individuais sob a direcção dos padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente, em torno dos quais damos forma, ordem, objectivo e direcção às nossas vidas.

No seio de uma mesma sociedade coexiste uma pluralidade de formas e a herança cultural dos seus membros varia consoante o estatuto social (a idade, o sexo, a educação, a riqueza, a profissão, as convicções políticas, a filiação religiosa, etc.) (Auge & Colleyn, 2004).

Ao privilegiar a situação da mãe como ser cultural e ao compreendê-la em relação aos seus costumes, crenças, valores, experiências de saúde-doença, estar-se-á no centro da abordagem antropológica do cuidar. Tal como a cultura possui um efeito sobre os comportamentos de saúde, também tem um efeito significativo na forma como as mães percebem os procedimentos de enfermagem dolorosos. Estas percepções são determinadas por factores culturais.

Como enfermeiros no caso específico do cuidar a criança hospitalizada, deverá considerar-se que as mães acompanhantes como seres culturais, são detentoras de um

conjunto de crenças, valores, experiências de saúde e doença muito próprias. Conhecendo este conjunto de crenças e experiências poderá compreender-se mais facilmente certos comportamentos e formas de estar, como forma de respeito pela sua individualidade.

Com vista a esta valorização, surgem diferentes conceitos no desenvolvimento conceptual de Enfermagem: o conceito de “caring” na teoria do cuidado humano de Watson em 1985 e a enfermagem transcultural de Leininger em 1995. Esta última é uma área principal da Enfermagem baseada na análise das diferentes culturas, para melhor explicar os diferentes comportamentos perante as situações de cuidados. Assim, apresenta-se um novo desafio à enfermagem pela utilização da Antropologia para abordar os cuidados de enfermagem, marco teórico também defendido por Collière (2003), referindo que toda a situação de cuidados tem como epicentro o indivíduo e a família em redor dos hábitos de vida, crenças, recursos afectivos, financeiros e sociais.

## 2- Interacção social: mãe e enfermeira como actores sociais na relação interpessoal

Todas as interacções sociais têm lugar em alguma espécie de contexto ou cenário. A interacção social é a acção social, mutuamente orientada, de dois ou mais indivíduos em contacto, em recíproca presença imediata. Distingue-se da mera inter-estimulação em virtude de envolver significados e expectativas em relação às acções de outras pessoas (Gahagan, 1976). Podemos dizer que a interacção é a reciprocidade de acções sociais.

Meleis (1991) refere que “numa situação de saúde/doença, o enfermeiro interage com o ser humano, parte integrante do seu contexto sócio-cultural, que se encontra numa situação de transição ou que antecipa uma transição. (p. 101). Assim, o universo dos cuidados à criança é protagonizado por um conjunto de actores em interacção, nomeadamente, a que se estabelece entre enfermeira-mãe da criança hospitalizada, porque as acções são organizadas em torno de um objectivo: melhorar, facilitar ou promover a saúde da criança.

Marc e Picard (1992) referem que todo o encontro interpessoal supõe *interactuentes*<sup>4</sup> socialmente situados e caracterizados, desenrolando-se num *contexto social* que nele imprime a sua marca, dotando-o de um conjunto de códigos, normas e modelos que tornam a comunicação possível e asseguram a sua correcção.

Podemos referir, e tal como afirmam os autores anteriormente referidos, que a interacção não é só um processo de comunicação interpessoal, mas também um fenómeno social de natureza cultural, marcado por códigos e rituais sociais. Toda a relação se inscreve numa “instituição” que abarca modelos de comunicação, sistemas de papéis, de valores e

---

<sup>4</sup> “Interactuante” designará no decorrer da dissertação os sujeitos implicados na interacção.

de finalidades. A análise conversacional, a comunicação não verbal, o sistema familiar e o processo de influência constituem-se como campos principais onde a noção de interacção se encontra implicada e elaborada.

Considerando que durante as interacções sociais as pessoas comunicam entre si, torna-se pertinente referir-nos à relação entre estes dois conceitos, a interacção social e a comunicação.

### 2.1 – Comunicação como pilar da interacção

As pessoas quando interactuam falam. A interacção social surge em primeiro lugar como um processo de comunicação. (Marc & Picard, 1992). Na maior parte das situações, a relação entre dois ou mais indivíduos traduz-se por uma comunicação, e nomeadamente por uma troca de palavras. Mas, então, em que consiste a comunicação? A resposta clássica é que a “comunicação é uma prestação de informação” (Marc & Picard, 1992, p. 15). O exemplo mais simples é o de um emissor que envia uma mensagem a um receptor. A Linguística contribuiu para o enriquecimento deste conceito ao acentuar que não há comunicação sem um código comum tanto ao emissor como ao receptor, e portanto, sem um processo de codificação e descodificação. Ensina, igualmente, que a linguagem não é apenas a transmissão da informação mas também a elaboração e a partilha de *significações* num *contexto* com sentido.

Neste sentido, a comunicação não é um processo linear entre um emissor e um receptor, mas um processo interactivo ocupando os interlocutores, alternadamente, uma ou outra posição. É um processo no qual não intervêm só palavras: quando duas pessoas estão em situação de co-presença, a percepção que cada uma tem da outra está carregada de significação; apoia-se sobre todo um conjunto de elementos, tais como a aparência física, o cuidado, os gestos, a mímica, o olhar, a postura; cada comportamento torna-se uma mensagem implícita e provoca uma reacção como resposta.

Nesta perspectiva, a comunicação é entendida como um fenómeno relacional onde os interactuantes, a situação e os comportamentos interagem estreitamente entre si, formando um sistema circular de acções e reacções, de estímulos e de respostas.

É de realçar que a comunicação implica percepções mútuas, motivações (conscientes ou inconscientes), mecanismos de interpretação e sugere de igual modo que, se trata de um processo inter subjectivo. Se a podemos descrever e compreender a partir da observação dos comportamentos e das trocas verbais, uma parte da sua significação escapa à observação e provém da vivência dos interactuantes, dos seus sentimentos íntimos, do imaginário que suscita a relação com o outro e das suas relações afectivas.

King (referida por Pearson & Vaughan, 1992) define interacção como “(...) um acto de comunicação entre duas ou mais pessoas” (p. 135). A comunicação, através da linguagem, é um sistema de símbolos significativos e envolve a transferência de significados de uma pessoa para outra. Assim, torna-se necessário comunicar para descobrir as percepções que cada um tem de uma situação específica.

A percepção sensorial não se reduz a um fenómeno puramente sensorial, uma vez que, o indivíduo organiza as suas sensações e atribui-lhes um significado. As percepções são, pois, interpretações, englobando uma componente cognitiva (avaliação da situação) e outra afectiva (Mercadier, 2002). Se a enfermeira tiver conhecimento das crenças, valores e classe social do familiar da criança poderá de certa forma facilitar a interacção.

O que significa que, se uma enfermeira cuida de uma unidade familiar-criança de classe alta ou baixa, as interacções poderão ser adaptadas às suas necessidades incluindo as culturais (Shields, 2002). Neste contexto, o conceito de cultura, como já vimos assume também um papel fundamental na compreensão dos diferentes significados atribuídos à interacção enfermeira-familiar da criança hospitalizada durante os procedimentos de enfermagem dolorosos.

Neste sentido, a comunicação como “ferramenta” pela qual a interacção é possível e imbricada num dado contexto sociocultural poderá ser também entendida como a partilha de significações entre os indivíduos.

O modo como os indivíduos se relacionam uns com os outros, a maior ou menor eficácia no relacionamento, depende do poder e da habilidade na comunicação. Comunicar é trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz. As pessoas que pertencem a grupos sociais diferentes têm formas próprias de comunicar e interpretam de forma diferente o conteúdo das mensagens. Esta previsibilidade de acordo com Fachada (2003), torna possível ajustar comportamentos e adoptar determinado modelo de comunicação, o que facilita a interacção.

De acordo com Ribeiro (1992), o ser humano dispõe de um sem número de esquemas (perceptivos, situacionais, sociais, de auto-conceito), isto é, de representações mentais simplificadas que o ajudam a catalogar objectos e pessoas, a compreender situações complexas, a tomar decisões sobre comportamentos. Alguns desses esquemas, gerados pelo próprio indivíduo a partir das suas experiências pessoais e outros foram-lhe transmitidos pelo seu meio social. Importa salientar que, quando dois indivíduos estão implicados num processo de comunicação ou numa relação em desenvolvimento tentam ajustar-se reciprocamente orientando o seu comportamento tendo em conta esquemas

sociais e de auto-conceito. Desta forma, as suas interacções tenderão a reproduzir um certo padrão estrutural e a sequência das interacções aproximar-se-ão de um certo modelo de desenvolvimento.

O referido autor acrescenta que, cada acto de comunicação contém de forma implícita uma definição de relação: próxima ou distante, afectuosa ou fria, horizontal ou hierarquizada. Esta definição proposta pelo comunicador pode não ser aceite pelo seu interlocutor, o qual proporá a sua própria definição. Se esta interacção continuar, os dois indivíduos chegarão a um consenso, implicitamente negociado, sobre a natureza e a forma da sua relação. Assim, a interacção estabiliza-se num certo padrão estrutural, de acordo com a definição negociada. Este padrão mantém-se, independentemente dos conteúdos da comunicação.

O padrão estrutural das interacções depende do consenso dos parceiros sobre as suas posições relativas no sistema social. Se eles se reconhecem ao mesmo nível, as suas interacções são *simétricas*, isto é, o comportamento de um reproduz em espelho o comportamento do outro. Por outro lado, se a posição de um é por ambos reconhecida como superior e a outra como inferior, as suas interacções são *complementares*, isto é, o comportamento de um, completa (e ao mesmo tempo justifica) o comportamento do outro (Watzlawick referido por Ribeiro, 1992). Como já foi dito em capítulos anteriores, a opção por um dos padrões de interacção obedece em grande parte a critérios sociais e sócio-culturais, porque as posições relativas estão definidas *à priori* pelo estatuto, pela função, pela idade, entre outros factores.

#### 2.1.1- Comunicação interpessoal e linguagem corporal

A comunicação interpessoal é o processo de criação de relações sociais entre, pelo menos, duas pessoas que participam num processo de interacção. Pode ser também definida como o processo pelo qual a informação é trocada e entendida por duas ou mais pessoas, normalmente com o intuito de motivar ou influenciar determinado comportamento. O processo de comunicação acontece, quando duas pessoas interagem reciprocamente, colocando-se uma no lugar da outra.

Definimos, então comunicação interpessoal, como um processo de interacção social recíproca entre duas ou mais pessoas, cuja relação poderá influenciar o comportamento, a motivação e o estado emocional do emissor ou do receptor. Tal processo ocorre nas relações das pessoas como sujeitos membros de um determinado grupo social e cultural, permitindo que ideias e sentimentos se transmitam de indivíduo para indivíduo, tornando possível a interacção social.

Em qualquer situação de comunicação, fonte e receptor são interdependentes. A interdependência por ser definida como “(...) a dependência recíproca ou mútua”. (Berlo, 1999, p. 110). Se o actor A influencia o actor B, o actor B influencia A, então A e B são interdependentes, ou seja, a comunicação entre duas ou mais pessoas requer uma relação de interdependência.

Para fins de argumentação, distinguiremos como Berlo (1999) descreve quando se refere ao processo comunicacional, três níveis de interdependência comunicativa: a interdependência física e definidora, a interdependência de acção e reacção e interdependência de expectativas: empatia. De salientar, ainda que, qualquer situação de comunicação provavelmente abrange algum aspecto de cada um; contudo, há diferenças de ênfase que se verificam conforme o contexto.

*Interdependência física e definidora:* os conceitos de fonte e receptor de comunicação dependem um do outro por sua própria definição. Não se pode definir a fonte sem definir o receptor e vice-versa. Para além disso, quando duas pessoas comunicam, dependem da existência física uma da outra para a produção ou recepção de mensagens. Por vezes, esta é a única espécie de interdependência mútua existente. Por exemplo, quando duas pessoas se encontram em conversa pode ser meramente física e de definição, em que os dois comunicadores nem sequer reagem à mensagem um do outro, apenas esperam a sua vez de codificar.

*Interdependência de acção e reacção:* quando duas pessoas comunicam, um e outro servem de fonte e receptor; cada qual codifica mensagens, cada qual recebe mensagens; um influencia o outro; são interdependentes, e essa relação é mais que mera interdependência física. As respostas de um são determinadas pelas respostas do outro. Resumindo, cada um transmite, recebe e reage às mensagens. A acção da fonte influencia a reacção do receptor e esta influencia a subsequente acção da fonte. Fonte e receptor podem utilizar as reacções do outro. As reacções servem como *feedback* e este também influencia o comportamento subsequente, no caso de fonte e receptor serem sensíveis a ele.

As relações de acção e reacção são importantes na análise da comunicação, sendo o *feedback* um importante instrumento de influência. As reacções do receptor influenciam também os seus comportamentos subsequentes, por serem consequências das suas respostas anteriores. Isto acontece porque os actores são pessoas; logo, têm capacidade de formular respostas no interior do organismo, de usar símbolos para antecipar a forma como as outras pessoas reagirão às suas mensagens, de criar expectativas quanto à própria conduta e à dos outros. Assim, o conceito de *expectativa* é crucial na

comunicação humana, o que exige análise num terceiro nível de interdependência de comunicação (Berlo, 1999).

*Interdependência das expectativas* (que este autor denomina de *empatia*): toda a comunicação humana envolve previsões, pela fonte e pelo receptor, quanto à maneira como outras pessoas responderão à mensagem. Cada comunicador tem uma imagem do receptor e tem-no em consideração (na forma como imagina que ele seja ao produzir a mensagem), antecipando, também, as possíveis respostas deste e procurando predizê-las antecipadamente. Tais imagens poderão influenciar os seus próprios comportamentos comunicadores. Neste sentido, tanto as fontes como os receptores têm expectativas sobre uns e outros que influenciarão os seus comportamentos comunicativos. Este comportamento também é influenciado pelas imagens que temos de nós mesmos. Estará este autor a referir-se ao conceito de *self*? Conceptualmente, e tendo em conta o já referenciado no capítulo anterior, leva-nos a pensar que sim até porque, refere igualmente que, podemos compreender em parte o que ocorre dentro de outra pessoa, criando expectativas a respeito do que se estará passando no íntimo dos outros e do que se passará no nosso próprio interior.

Quando criamos expectativas e fazemos previsões, supomos que estamos ao nível do que os psicólogos denominam de empatia, “(...) a capacidade de projectar-nos dentro das personalidades de outras pessoas.” (Berlo, 1999, p. 124), pois fazemos mais que agir e reagir. Criamos, sobre os outros, expectativas que influenciam as nossas acções (antes de as executarmos) e é a isso que o autor se refere ao utilizar o termo empatia.

Relativamente à empatia, há outro aspecto fundamental que importa salientar e que alguns autores defendem, mas porém, para outros é considerado controverso. Este aspecto reside na premissa de que o Homem não pode compreender os estados internos de outros quando não tenham sido por ele mesmo experimentados, isto é, o homem não pode compreender emoções que não tenha sentido, pensamentos que não tenha tido. Este raciocínio remete-nos para uma questão que se destaca neste estudo: a enfermeira mãe tem maior capacidade empática que a enfermeira que não é mãe? Tal facto será discutido posteriormente nesta dissertação. Mas será que a experiência não aumentará a compreensão de certos estados emocionais vivenciados por outros?

De facto, como refere Berlo (1999) a experiência, para alguns autores aumenta a compreensão, contudo, não parece ser essencial para que seja alcançada de forma completa a compreensão.

Em suma, é condição necessária à comunicação humana, uma relação de interdependência entre a fonte e o receptor, em que, cada um influencia o outro. A

comunicação envolve uma interdependência física, em que cada qual exige o outro pela própria definição. Num segundo nível, a interdependência pode ser analisada como uma sequência de acções e reacções. Num terceiro nível, a análise da comunicação preocupa-se com as habilidades empáticas, com a interdependência produzida pelas expectativas sobre como os outros responderão à mensagem. Empatia é o processo pelo qual nos projectamos nos estados internos ou personalidades dos outros, com o fim de predizermos como se comportarão (Berlo, 1999). Ao mesmo tempo, há um empenho em assumir papéis, pois tentamos pôr-nos no lugar da outra pessoa e perceber o mundo como ela o percebe. Ao fazê-lo, criamos um conceito de pessoa que usamos para tirar inferências sobre os outros.

O nível final da complexidade interdependente é a interacção. Para Berlo (1999), o termo *interacção*, define-se como “(...) o processo de adopção recíproca de papéis, o desempenho mútuo de comportamentos empáticos” (p. 135). O autor acrescenta, ainda que, se dois indivíduos tiram inferências sobre os próprios papéis e assumem o papel um do outro ao mesmo tempo, e se o seu comportamento comunicacional depende da adopção recíproca de papéis, então eles estão em comunicação por interagirem um com o outro.

Quando duas pessoas interagem põem-se no lugar da outra, procuram perceber o mundo como ela o percebe e tentam predizer como responderá. A interacção envolve a adopção recíproca de papéis, o emprego mútuo das capacidades empáticas. Assim, o objectivo da interacção é a fusão da pessoa e do outro, a total capacidade de antecipar, de predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro.

Quando tal não acontece na interacção, que consequências se verificam? Que problemas centrais se colocam quando duas pessoas comunicam interactivamente?

O sentido, ou interpretação, que constitui o problema central da comunicação, é o modo de apreender os acontecimentos e as mensagens, formando-se com base na experiência dos grupos e dos indivíduos. O sentido da comunicação tem expressão no modo como respondemos às mensagens e na predisposição que sentimos para lhes reagir.

As pessoas só poderão dar interpretações semelhantes a um mesmo objecto, acontecimento ou mensagem, se tiverem experiências semelhantes relativamente a eles. Ora a experiência que cada um adquire é única, uma vez que o indivíduo organiza os diferentes estímulos que chegam até aos seus órgãos dos sentidos de uma maneira que lhes é específica, integrando-os seguidamente, num quadro coerente e significativo. Deste modo, estas experiências diferentes, quando se encontram em interacção pelos

seus actores, poderão ser influenciadas por factores que afectarão a eficácia da comunicação, constituindo-se como barreiras a este processo.

Múltiplas são as causas que facilitam o ruído comunicacional (Freire, 1999). Estas poderão agrupar-se em quatro grandes grupos: barreiras físicas, socioculturais, psicológicas e linguísticas.

a) Barreiras físicas: De entre as causas físicas, podemos referir-nos à doença e ao cansaço pois, uma pessoa que esteja cansada ou doente, comunica com dificuldade, seja como emissor ou como receptor.

b) Barreiras socioculturais: As posições sociais diferentes podem ser responsáveis por dificuldades na comunicação. A utilização de palavras ou expressões ambíguas é, igualmente, susceptível de provocar mal-entendidos. É possível atribuir-se à mesma palavra ou expressão significados diferentes, em função quer do grupo social onde elas são pronunciadas, quer do contexto verbal em que ocorrem, provocando assim, uma falta de clareza ou ambiguidade na mensagem.

c) Barreiras psicológicas: Podem referir-se múltiplas causas psicológicas susceptíveis de provocarem deficiente comunicação:

- Valores e crenças: Quando duas pessoas com valores e crenças muito diferentes se encontram, em princípio, não estarão muito disponíveis para falarem sobre aquilo que as separa;

- Egocentrismo: Todo aquele que tenta impor-se a todo o momento, usando e abusando da palavra eu; aquele que se fecha em si próprio, recusando estar atento e disponível para atender os outros, é uma pessoa que terá dificuldade em comunicar;

- Propensão para a refutação: “Ser do contra” por prazer é, pois, uma grande barreira para a comunicação;

- Tempo de escuta: Aquele que fala deve acompanhar o que diz com formas de expressão não verbal, como o gesto; este comportamento dificulta a desatenção do receptor.

Como já referimos, as pessoas quando interactuam falam. Contudo, enquanto falam também manifestam uma complexa sequência de movimentos corporais, na forma de olhar, expressões faciais, mudanças de postura e gestos (Gahagan, 1976). É sobre esta forma de comunicar que nos debruçaremos a seguir.

## Comunicação não verbal

O olhar, os gestos, a expressão facial...Eis algumas das múltiplas formas que as pessoas têm de expressar umas às outras os seus sentimentos, as suas maneiras de ser, as suas opiniões, sem que, para isso, tenham de falar ou escrever. (Freire, 1999). Através de gestos, modo de vestir e de se arranjar ou objectos, podem comunicar-se os mais variados sentimentos ou desejos. Alguns destes meios de expressão fazem parte de um código convencional que é determinado pela cultura. Assim, as linguagens não-verbais expressam-se através de determinados comportamentos e estes só deverão ser interpretados, tendo em consideração os padrões culturais dominantes. Salientamos o caso do choro, comportamento não verbal que manifesta, frequentemente, tristeza e que a nossa cultura consente na mulher mas que mais dificilmente aceita no homem.

A linguagem não verbal, que acompanha a linguagem verbal, oferece um significado mais profundo e autêntico que esta última (Hargie & Dickson, 2004). Notemos que os elementos não verbais ajudam o receptor a certificar-se das intenções do emissor, reforçando as suas mensagens verbais, ou pelo contrário, fazem nascer a desconfiança quando o discurso verbal não é coincidente com as impressões não verbais recebidas. Estas linguagens não verbais verificam-se na vida quotidiana, embora, na maior parte das vezes, não tenhamos plena consciência das suas funções e do seu significado. Enunciamos e caracterizamos a seguir algumas formas de comunicação não-verbal mais correntemente utilizadas:

**a) Expressão facial:** De acordo com a expressão facial apresentada é possível comunicar sentimentos, emoções e reacções variadas. Uma expressão tensa, crispada, pretende comunicar algo que será diferente se a pessoa se apresentar serena e não contraída. Pode revelar arrogância, medo, timidez, como é possível revelar alegria, respeito, tolerância. No entanto, a leitura adequada de um rosto tem de ser devidamente contextualizada, isto é, só a partir da situação em que ocorre, tendo em conta os factores nela intervenientes, poderemos interpretar correctamente a expressão facial.

**b) Olhar:** Os olhos (o próprio acto de olhar, a direcção do olhar, a sua duração, o modo de olhar) informam sobre as intenções da pessoa e sobre o seu estado afectivo – de alegria, cólera, ameaça, tristeza, medo, surpresa e desejo. Deles se diz que são as “janelas da alma”, não só porque as pessoas em geral percebem bem quando o outro olha, para onde e como olha, mas sobretudo porque é difícil a qualquer pessoa enganar outro com o olhar. À distância percebemos quando alguém nos olha e logo supomos que esse olhar manifesta algum interesse ou atracção. De perto, distinguimos um olhar dominador ou agressivo, um olhar afectuoso, um olhar tímido. É fácil percebermos

quando os olhares se cruzam e sabemos o que pode significar (e custar) olhar o outro nos olhos. (Ribeiro, 2003).

Mas, se é certo que o rosto e o olhar revelam emoções, a leitura dos seus sinais reveladores está longe de ser linear. Isto é, até o riso e as lágrimas estão cheios de ambiguidades: há risos nervosos, sorrisos de tristeza e lágrimas de alegria.

Na verdade, os mecanismos de reconhecimento das emoções são bem mais complexos, mobilizando uma grande diversidade de factores: a expressão do rosto (mímica), o conhecimento da situação (contexto), a alteração emocional (contraste), a semelhança com o observador (analogia).

O olhar denota sempre intencionalidade. Knapp (referido por Ribeiro, 2003) refere que o olhar desempenha diversas funções na comunicação interpessoal:

“- Regulação da corrente de comunicação: o contacto visual indica ao interlocutor que o canal de comunicação se encontra aberto, fornece-lhe *deixas*, e até pode impor-lhe a obrigação de comunicar;

- Retro-alimentação do processo interaccional: os interlocutores observam mutuamente as reacções (atenção, desinteresse) visíveis no olhar e na expressão do rosto para orientarem as sequências comunicativas;

- Expressão de emoções: embora normalmente integrado na expressão do rosto, o olhar (eventualmente acompanhado de lágrimas) assume alguma autonomia na expressão de certos estados emocionais (surpresa, cólera, medo, desgosto, tristeza, simpatia, compaixão, felicidade).

- Comunicação da natureza da relação: o olhar (unidireccional ou recíproco) varia com a qualidade das pessoas (sexo, estatuto) e as suas atitudes (positiva, negativa), e também com a estrutura das interacções (simétrica, complementar) e o grau de gratificação que proporcionam.” (p. 124)

**c) Ouvir e escutar:** Barthes (referido por Ribeiro, 2003) explicitou a diferença entre o ouvir e escutar. Ouvir é um fenómeno essencialmente fisiológico; já escutar é uma função tipicamente psicológica que supõe intenção e exige atenção. Assim, é pela intencionalidade ou desígnio que a função auditiva se define no escutar e não apenas pelo seu objecto. Nesta perspectiva podemos distinguir diferentes tipos de escuta, consoante se orienta para indícios (escutar o que pode ocorrer), para signos (escutar um segredo) ou para o próprio emissor (escutar quem fala).

Mas, a escuta pode ainda orientar-se para a própria “voz humana” enquanto expressão da subjectividade de quem a produz (Ghiglione, 1986), porque consoante os seus sentimentos ou emoções, ela apresenta variações de força, amplitude, timbre, velocidade, articulação, ritmo, acentuação.

**d) Toque:** Tem particular relevância numa situação de interacção, no contacto corpo a corpo, por via do seu impacto socioemocional. Uma mesma estimulação tátil pode ter diferentes significados em função das situações externas (estrutura espaciotemporal), e

sobretudo em função das disposições subjectivas (receptividade, implicação, intenção). Consoante quem toca, um mesmo contacto pode ser sentido como toque casual (neutro), como carícia (agradável), como cócegas (desagradável) ou como violação da intimidade (ofensivo). Referindo Ribeiro (2003), até o mesmo toque pela mesma pessoa pode ser sentido como agradável ou desagradável consoante as circunstâncias de tempo e lugar (questão de oportunidade) ou consoante a disposição subjectiva de quem é tocado (questão de receptividade).

**e) Distância:** Ao evitar o contacto físico e acautelando o olhar, isto é, impondo à linguagem do corpo um rigoroso silêncio, não só se exclui qualquer hipótese de intimidade, como se afasta a possibilidade de ocorrência de comunicação verbal (Ribeiro, 2003).

Podemos ainda dizer que, certas expressões faciais certamente parecem inatas e relacionam-se com determinadas situações e estados emocionais. (Gahagan, 1976).

## 2.2- Emoções como fonte das acções

O encontro com as emoções e os sentimentos no cuidar transporta-nos para a história, para um passado mecanicista, de repressão dos afectos, para o perigo que se reconhecia em entender e usar as próprias emoções, para um esquecimento da relação com o outro. Mas a vertente humanista tem-se verificado no processo de cuidados como relacional e que, como refere Goleman (1995), é contaminado de emoções e sentimentos. Este autor interpreta emoção como “ (...) referindo-se a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a acção” (p.310). Os investigadores continuam a debater precisamente que emoções poderão ser consideradas primárias (sentimentos que estão na base de todas as combinações) ou mesmo se há efectivamente emoções primárias. Por outro lado, alguns autores propõem famílias básicas, mas nem todos estão de acordo com as mesmas. Apresentamos o que Goleman (1995) defende no seu livro sobre principais candidatas a emoções primárias, salientando que, esta lista não resolve todos os problemas de como categorizar a emoção:

- “- *Ira*: fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação (...) aborrecimento, irritabilidade, hostilidade...
- *Tristeza*: dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, autocomiseração, solidão, abatimento, desespero e, quando patológica, depressão profunda.
- *Medo*: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror...
- *Prazer*: felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo...

- *Amor*: aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação...
- *Surpresa*: choque, espanto, assombro, admiração.
- *Aversão*: desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa.
- *Vergonha*: culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento...".  
(pp. 310-311).

Todas as emoções são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida. Como Goleman afirma (1995), a própria palavra emoção, que deriva do verbo latino *motere* (mover), mais o prefixo “e” dá origem à expressão “mover para”, sugerindo que a tendência para agir está implícita em todas as emoções (p. 28).

Também Damásio (2003) fala das emoções como a razão de ser dos nossos actos. Considera que a cadeia complexa de qualquer acontecimento começa com a emoção e termina com o sentimento. As emoções surgem no “teatro do corpo”, constituindo a acção, os movimentos que ocorrem no rosto, na voz ou em comportamentos específicos, sendo, por isso, mecanismos básicos de regulação da vida. Os sentimentos, por sua vez, são dirigidos para o interior, não sendo, assim, passíveis de serem observados por outra pessoa. Todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provêm das reacções a que chamamos emoções.

Goleman (1995) afirma que as tendências biológicas para agir são moldadas tanto pela nossa experiência de vida como pela nossa cultura. Por exemplo, em todo o mundo, a perda de um ente querido provoca tristeza e desgosto. Mas a maneira como demonstramos esse desgosto (como as nossas emoções são postas a nu ou reservadas para os momentos de privacidade) é modelada pela cultura, tal como o é a definição de quais as pessoas que, na nossa vida, cabem na categoria de “entes queridos” merecedores de serem chorados.

Neste sentido, a aprendizagem das emoções é feita socioculturalmente, nos rapazes e nas raparigas. Estas são consideradas mais hábeis na leitura de sinais emocionais não verbais, na comunicação dos seus sentimentos, na sua expressão, enquanto os rapazes tendem a minimizar as emoções que estejam relacionadas com a culpa, o medo, a dor ou a vulnerabilidade. As mulheres têm também tendência para experimentar as emoções com mais intensidade e mais volatilidade que os homens, assumindo o papel de verdadeiras gestoras emocionais (Goleman, 1995).

A regulação das emoções adquire um papel social de destaque. Na manutenção de uma relação com o outro, existe interacção e conseqüente partilha de estados emocionais. Durante a interacção, comunicamos mutuamente importantes atitudes interpessoais. Também fornecemos pistas espontâneas sobre os nossos sentimentos. A expressão de emoções através de pistas faciais foi investigada durante muito mais tempo do que

qualquer outro aspecto da comunicação não verbal, tendo sido Charles Darwin o seu iniciador. (Gahagan, 1976). Os nossos rostos reflectirão espontaneamente os nossos sentimentos. Mas há pessoas que tentam inibir a transmissão de emoções através do rosto (“escapamento” da emoção).

As expressões faciais ocorrem em sequência, em contexto e em conjunto com outro comportamento, de modo que, normalmente, o observador talvez não precise, de se basear muito nas pistas faciais; isto é, o observador interpretará o estado emocional de outrem a partir de uma configuração de sinais.

Também pelo corpo se integram as pessoas em interacção. As tipologias de carácter ou de temperamento, baseavam-se de facto no pressuposto de que a partir da forma de um corpo ou de um rosto, é possível identificar as características psicológicas de um indivíduo e assim, prever o seu comportamento (Ribeiro, 2003). Através do olhar e/ou da aparência física podem ser inferidos diversos atributos psicológicos. A teoria implícita nesta crença, cara ao interaccionismo simbólico, é que a aparência física de um indivíduo no seu meio social permite deduzir um conjunto de percepções, expectativas e comportamentos que, em retorno, modelam as suas características psicológicas.

Quando formulamos juízos sobre os sentimentos, atitudes e disposições de outras pessoas, tomamos por base o seu comportamento verbal e não verbal. Contudo, o comportamento seria um dado inadequado se isolado do contexto. Logo, “para se compreender o significado do comportamento de alguém é preciso conhecer as circunstâncias em que ele ocorreu” (Gahagan, 1976, p. 62). O processo de julgar as intenções e disposições dos indivíduos a partir das suas acções tem o nome de processo de atribuição.



## **CAPÍTULO II – Mãe/criança/enfermeira e os procedimentos de enfermagem dolorosos**

Durante a hospitalização, a criança, para além de sofrer a dor causada pela sua situação patológica, é também submetida a uma série de procedimentos que provocam dor. Desta forma, e como normalmente é a mãe que acompanha o filho neste processo, torna-se importante reflectir sobre a relação mãe-filho, as reacções da criança à dor, a resposta da mãe e os cuidados de enfermagem à criança/mãe com dor. Apesar de serem reconhecidas as vantagens da hospitalização conjunta pais/criança, a família necessita mobilizar recursos internos e externos para responder a esta situação inesperada. Assim, a hospitalização de uma criança provoca instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise (Jorge, 2004). Neste capítulo, será fundamental abordar posteriormente conceitos como stresse e estratégias de *coping* familiar para melhor compreender o que sentem ou que significados atribuem aos procedimentos de enfermagem dolorosos e, conseqüentemente, como interagem com a enfermeira tendo em conta as formas como lidam com o problema.

### **1- Relação mãe/filho e hospitalização**

De um modo geral, a palavra relação sub-entende a presença de laços, contactos, uma forma de coexistência. Nas últimas décadas diversos estudos, entre eles os de Capuzzi (1989), Horodyski e Gibbons (2004), Scortegagna et al. (2005), têm mostrado a importância da interacção mãe-criança no posterior desenvolvimento social, emocional e cognitivo desta última. Bowlby (referido por Brazelton, 2000), evidenciou os primeiros meses de vida da criança como primordiais para o desenvolvimento da conduta de apego entre o bebé e a sua mãe, demonstrando, ainda, que esta é uma relação íntima e afectiva estabelecida entre ambos, e ainda aquela que toda a mulher seria capaz de estabelecer com o seu filho.

Neste sentido, e tendo em conta que são as mães que normalmente acompanham os filhos quando estes são hospitalizados, torna-se fundamental introduzir o conceito de vinculação nesta problemática da hospitalização pediátrica, principalmente quando se trata de um lactente.

#### **1.1- Comportamentos de vinculação**

No século XX, a relação de apego mãe/filho é profundamente marcada pelas teorias psicanalíticas. Bowlby, na década de 50, apresentou a teoria da formação de vínculos afectivos, conhecida como *Teoria do Apego*, sendo a sobrevivência individual e da espécie o elemento básico universal da formação do apego. Este é construído a partir do processo de ligação entre o bebé e a mãe; notemos que, o recém-nascido reage à

atenção do cuidador com interesse, permitindo que se desenvolva o apego com aquele que lhe responde com aprovação, gratificação, protecção e estimulação adequada. O apego é tido como um conjunto de comportamentos, passível de observação e descrição e evidencia o estabelecimento de uma relação afectiva e discriminativa com uma pessoa. Para Bowlby, é um processo activo que pressupõe interacção (Bowlby, 1984).

Este autor, foi pioneiro no estudo da vinculação humana, debruçando-se preferencialmente sobre o comportamento do bebé em detrimento do dos pais. Bowlby salienta o quanto é importante para o desenvolvimento da criança que ela se vincule a uma figura maternal. (Brazelton, 2000). Desta forma, mãe e filho mantêm um padrão comportamental e de interacção constante, isto é, formam um sistema em que o comportamento de cada elemento é estímulo para o comportamento do outro. No entanto, um relacionamento adequado entre a mãe e a criança não é automaticamente assegurado pois trata-se de um processo de aprendizagem. De salientar que, diferentes estudos já concluíram que os primeiros dias e semanas, após o nascimento, constituem um período fundamental para o estabelecimento de uma ligação afectiva saudável entre a mãe e o seu bebé (Costa referida por Silva, Christoffel, Fernández & Santos, 2006).

Ao longo dos primeiros meses de vida, a organização psíquica do bebé desenvolve-se rapidamente, tendo em grande parte função de se relacionar com a mãe. Este relacionamento consolida-se através de uma série de fases e progride até ao estágio em que a criança consegue ordenar o seu mundo cognitivo.

Ao contrário de alguns autores que referem que a vinculação começa no ventre materno Bowlby (referido por Gomes-Pedro, 1985), salienta que esta se processa imediatamente a seguir ao nascimento, respondendo a criança de modo característico a estímulos interessantes, de entre os quais nem todos dizem respeito ao alimento.

As respostas que constituem o comportamento de vinculação são chupar, agarrar, seguir, chorar e sorrir e inserem-se em duas classes: - chupar, agarrar e seguir realizam, por um lado, a alimentação e por outro, uma proximidade íntima com a mãe, sendo necessário da sua parte, uma resposta recíproca limitada; - os resultados de chorar e sorrir dependem do seu efeito sobre o comportamento maternal. Ambos os comportamentos desencadeiam na mãe uma resposta. Se a criança quer agarrar, seguir ou encontrar um “porto seguro” quando está assustada, a mãe é a figura que habitualmente proporciona o objecto necessário. Assim, é por esta razão que a mãe se torna uma figura tão central na vida da criança. (Camarneiro, 1995).

Num desenvolvimento saudável, é para a criança que a mãe dirige cada uma das várias respostas. É em relação à mãe que as várias respostas se integram num comportamento

complexo e a que Bowlby (referido por Camarneiro, 1995) chamou de comportamento de ligação. A criança, desde muito cedo, e através de um processo de aprendizagem, acaba por centrar as suas respostas instintivas não numa figura humana qualquer mas numa em particular: a da sua própria mãe.

O referido autor salienta ainda que, o fim do primeiro ano de vida contém as bases de saúde mental do ser humano. Estudos demonstram que as crianças seguramente vinculadas durante o primeiro ano são, posteriormente, mais cooperantes, mais afectivas e menos agressivas, tornando-se mais competentes e simpáticas nas suas relações com os pares.

Compreende-se que a relação de vinculação esteja centrada na regulação da segurança, no sentido em que há uma figura (vinculada) que procura protecção e outra (de vinculação), concebida como sendo mais forte e com maior capacidade para confrontar o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda em caso de tal ser necessário (Bowlby referido por Soares, 2001). A mãe como figura de vinculação é a pessoa que responde ou estimula as manifestações do filho como sorriso, choro, frio, fome e dor.

Segundo a teoria do apego a criança passa pela fase de definição de apego e começa a demonstrar medo de estranhos, chorando se a mãe não está presente. Dos dez aos dezoito meses essa situação intensifica-se, constituindo um período crítico conhecido como ansiedade da separação (Bowlby, 1998).

Assim, quando a criança é exposta a situações de tensão, como a hospitalização na qual, além da doença, ocorrem alterações do ambiente, presença de pessoas estranhas e procedimentos dolorosos, é fundamental a presença de uma pessoa que seja familiar para a criança, sobretudo nos primeiros vinte e quatro meses de vida. Essa presença torna-se imprescindível, principalmente, na idade em que a criança não distingue o seu corpo. A criança sob tensão busca um meio de chegar à presença da mãe (comportamento de vinculação) que ela associa à segurança e conforto.

No processo de punção venosa, por exemplo, caso a mãe se ausente, observa-se que a criança, até aproximadamente dois anos, chora ininterruptamente, desde o momento em que, a mãe sai do seu lado e mesmo antes da introdução da agulha. O sofrimento demonstrado pela criança não só é provocado pela dor da picada, mas também pela separação da mãe. Isso deve-se ao facto de a mãe, como objecto primário de ligação afectiva de uma criança, como referencia Soares (2001), ter a condição de acalmá-la e protegê-la do medo, quando ela passa por uma situação desconhecida.

A interacção mãe-criança é vista como uma unidade simbiótica. Uma vez que o termo simbiose significa uma interacção contínua e recíproca entre mãe e filho conclui-se que o

comportamento materno tende a estar sob controlo dos estímulos e condições reforçadoras que partem do bebé. Admite-se, então, que, o comportamento materno varia em função do estado ou do nível de actividade do bebé (choro, sorriso, estar acordado, entre outras situações).

Contrariando esta visão de que a interacção mãe-filho dizia primariamente respeito aos efeitos do comportamento materno no comportamento infantil, Rosenthal (citado por Gomes-Pedro, 1985) afirma que interacção significa mais uma relação entre dois membros do que o impacto de um sobre o outro.

E é esta discrepância de perspectivas sobre o efeito do comportamento infantil no comportamento materno que leva Gomes-Pedro (1985) a verificar que, a maior parte dos autores refere que a interacção mãe-bebé é verdadeiramente um processo recíproco, sendo influente nas respostas de cada um, o comportamento do outro, e o primeiro requisito para um desenvolvimento óptimo do bebé é a relação mutuamente satisfatória entre ele e a sua mãe.

Vários autores (Gomes-Pedro, 1985; Stern, 1992; Winnicott, 1994; Brazelton, 1995; Bee, 2003) referem-se ao choro do bebé como um estímulo bastante importante na determinação do comportamento materno, corroborando a primeira perspectiva de causa-efeito. Assim, torna-se importante enquadrar o choro nesta revisão da literatura e discutir a sua importância e função no domínio da interacção mãe-bebé.

### **Choro da criança e comportamento materno**

Pensemos na definição do choro como um comportamento de ligação na medida em que aproxima mãe e filho, sendo um dos sinais de comunicação mais precoces ao alcance do bebé. Santos, A. (2000) num artigo sobre o choro, abordou esta temática através da análise de diferentes perspectivas teóricas, das quais salientamos a que entende o choro como sendo um sinal de vínculo, pois o estágio de choro pode comunicar à mãe a disposição do recém-nascido para a interacção e a necessidade de protecção. Neste sentido, ele conduz aos cuidados maternos, cuja regularidade e consistência permitem ao bebé criar elos entre o choro e o tipo de cuidados dispensados. A partir daí, o uso do choro conta com a capacidade de antecipação, pelo bebé, da resposta da mãe.

A função básica do choro da criança, obviamente, é assinalar uma necessidade. Uma vez que os bebés não podem ir até alguém para receber cuidados, eles precisam trazer alguém até eles; e chorar é a sua principal forma de atrair a atenção. De facto, os bebés têm um grande repertório de sons de choro, que são diferentes para dor, raiva e fome. O choro de raiva, por exemplo, é sempre mais alto e mais intenso, e o choro de dor, em geral, tem um início muito abrupto – diferentemente dos choros mais básicos de fome ou

sofrimento, que muitas vezes, começam com choramingos ou gemidos. Entretanto, como nem todos os bebés choram da mesma maneira, os pais acabam por aprender o que os sons de choro do seu bebé pretendem transmitir (Bee, 2003).

O bebé passa também a usar, de forma gradual, sinais e espera uma resposta por parte da mãe. Abre-se um espaço de comunicação que se manifesta através de diversas modalidades: choro, gritos, olhares, sorrisos, assim como expressões tácteis e motoras recíprocas (através do contacto pele-a-pele, veiculado pelos carinhos da mãe). Há um *feedback* de informações que se organiza num determinado contexto: o da relação mais precoce (Sousa, 2004). Este autor considera ainda que, o bebé como parceiro relacional competentíssimo, exprime e apresenta necessidades que lhe são muito próprias: não só do leite, mas o do contacto, do tacto, da necessidade de amor e de relação, não só com a mãe, mas também com o pai e, ainda, com ambos em interacção.

### **Expressões da interacção (olhar e contacto corporal)**

Winnicott (1994) apresenta-nos o rosto materno como uma superfície de projecção específica. Quando a mãe olha para o bebé, o que o seu rosto exprime encontra-se em relação directa com o que ela vê (o estado de espírito do bebé), sendo que, reciprocamente, o bebé se vê a si próprio.

Também Sousa (2004) se refere a este conhecimento, salientando que “o bebé conhece-se e conhece também o mundo através da mãe, do seu olhar (pela função de espelho), do seu colo (que o contém), a partir do espaço que a mãe ocupa dentro de si (ou espaço interno)” (p. 72)

O olhar é considerado um modo pelo qual se pode exprimir a interacção. Os olhos parecem ser as características infantis mais estimulantes para as mães. Por exemplo, o contacto pelo olhar ajuda a mãe a sentir-se menos estranha com o seu bebé e dá-lhe a sensação de que ele é uma pessoa real com quem pode estabelecer uma relação social, despertando nela sentimentos positivos indispensáveis à interacção (Gomes-Pedro, 1985).

Abordar o olhar remete-nos para as regras culturais do adulto que regulam o modo como as pessoas devem olhar umas para as outras numa interacção social. O olhar mútuo é considerado uma questão interpessoal e que, raras vezes, dura mais que alguns segundos. De facto e como salienta Stern (1992), duas pessoas não olham para os olhos uma da outra, sem falar, por mais de cerca de dez segundos, a não ser que façam tensão de lutar ou fazer amor (ou se estiverem mesmo a fazê-lo). Tal não se verifica entre a mãe e o bebé, pois ambos podem permanecer presos num olhar mútuo durante trinta segundo

ou mais. Por exemplo, durante interações de brincadeira, as mães olham para os bebés e vocalizam simultaneamente.

Até agora referimos a importância do olhar como elo de ligação entre a mãe e o filho e como forma de comunicação entre a díade. Mas, o contacto corporal também pode constituir-se como fundamental no fortalecimento do vínculo. Gomes-Pedro (1985) considera o contacto corporal como factor influente na relação mãe-filho logo a seguir ao nascimento, conhecido como contacto precoce. Este fornece vários meios susceptíveis de fortalecer a ligação. Por sua vez, também proporciona a comunicação entre a díade, quer através de sons de alta frequência da própria voz da mãe, quer através do choro do bebé que proporciona sentimentos de protecção e de ansiedade por parte da mãe, também fortalecedores da ligação.

Ao abordarmos a importância do contacto corporal pensamos no contacto pele-a-pele, já referido anteriormente. Neste âmbito, Malpique (1999), num artigo sobre a pele como órgão primordial de comunicação na díade, refere-nos que, esta é fundamental na relação mãe-bebé, constituindo o limite que liga e separa ambos. Salienta ainda que, a comunicação é tão íntima que é como se ambos estivessem envolvidos na mesma pele.

Em suma, podemos dizer que as expressões da interacção mãe-filho são multifacetadas e são os padrões desta interacção entre os dois seres que definem o contexto da vinculação.

Soares (2001) refere que, no contexto da sua relação com a figura de vinculação, o bebé foi experienciando que a excitação não tem que levar à desorganização e que, quando a tensão ultrapassa as suas capacidades de modulação, essa figura tomará alguma medida para restabelecer o equilíbrio. Baseado nestas experiências recorrentes e no progressivo desenvolvimento das capacidades sócio-cognitivas o bebé pode agora reconhecer o papel da figura de vinculação na regulação do afecto, bem como a sua própria capacidade em estimular a disponibilidade e o apoio dessa figura, quando dela necessita. Deste modo, o bebé começa a ter mais capacidade de manter ou estabelecer o contacto, de sinalizar as suas intenções à distância e activamente procurar a proximidade com a figura de vinculação quando se sente ameaçado. Se estas acções levarem o bebé a atingir, de modo consistente, o objectivo da regulação emocional, ele tenderá a desenvolver uma confiança crescente na relação e, por isso, poderá tolerar níveis de tensão no confronto com o ambiente, sobretudo quando tal envolve novidade, estranheza ou maior distância física. Assim, e tal como afirma a referida autora, “a utilização intencional da figura de vinculação pelo bebé, tendo em vista a regulação da

tensão corresponde, assim, ao estabelecimento da sua primeira relação emocional, isto é, à relação de vinculação.” (p. 98)

Sabe-se hoje que o processo de vinculação não termina por volta do primeiro ano de vida mas mantém-se para sempre, embora com características diferentes, mais ao nível das representações do que real (Camarneiro, 1995).

Estes conhecimentos levaram a uma tomada de consciência sobre a importância da promoção dos laços afectivos entre a criança e a figura maternal. Por isso, iniciaram-se esforços no sentido de modificar as condições de hospitalização da criança de modo a torná-las mais adaptadas às suas exigências e necessidades.

### **Hospitalização e vinculação**

Antes do século XIX, a assistência à criança seguia uma conduta rígida de isolamento e regulamentos de visitas. O grande avanço processou-se quando os pais passaram a fazer parte da cena hospitalar. Segundo Darbyshire (1993), desde a publicação do relatório Platt (Inglaterra em 1959), se tem vindo a dar maior ênfase à necessidade de os pais acompanharem os filhos durante o internamento.

Esta publicação, segundo alguns autores, surgiu da necessidade de reduzir os sintomas da “Síndrome de hospitalismo” descrita por Spitz em 1945. Nessa altura, este “síndrome” descrito por Spitz resultava da carência afectiva devida à separação da criança em relação à mãe (Levy, 1991) em que se tratavam de hospitalizações prolongadas que, para além de provocarem regressões no desenvolvimento psicomotor e afectivo, eram frequentemente acompanhadas de estados depressivos.

Deste modo, a presença dos pais, durante a hospitalização, evita que a criança sofra o traumatismo da separação, proporcionando-lhe afectividade e segurança que só estes podem dar, diminuindo assim, a quebra de continuidade do quotidiano. A presença em particular da mãe junto do filho hospitalizado, não é apenas uma questão de humanidade, mas também, um princípio de saúde mental tão válido como os princípios de assepsia para a saúde física (Granger referido por Jorge, 2004).

A promoção do vínculo é fundamental e a presença da mãe envolve uma acção terapêutica. Tal aspecto remete-nos também para a importância da presença da mãe durante os procedimentos dolorosos, uma vez que, e como afirma Needlman (2005), os lactentes associam a presença dos pais à prazerosa redução da tensão e mostram essa preferência acalmando-se mais rapidamente pela mãe do que por um estranho. Esta resposta, por sua vez, fortalece o sentimento de eficiência da mãe e a conexão com o seu bebé.

Abordaremos de seguida o que alguns autores (Broome & Huth, 2002) salientam, de acordo com várias fontes de investigação, como um problema prioritário identificado pela Enfermagem e um foco de intervenção no cuidado à criança: a dor, nomeadamente, a dor provocada pelos procedimentos de enfermagem.

## 2- Procedimentos de enfermagem dolorosos

Começaremos por abordar a temática dos procedimentos sendo que, para tal, torna-se fundamental definir este conceito. De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa (2001) um procedimento é uma “maneira de agir, de actuar ou de se comportar” (p. 2966). Então, poderemos dizer que um procedimento de enfermagem é tudo aquilo que a enfermeira faz ou o conjunto de todos os seus comportamentos, ou seja, é um acto de enfermagem. Quando falamos em procedimentos dolorosos, consideramos todas as intervenções de enfermagem que provocam dor.

Normalmente, os procedimentos de enfermagem à criança hospitalizada são procedimentos que provocam dor ou desconforto e, conseqüentemente motivo de sofrimento para as mães e de ansiedade para as enfermeiras. São exemplo as punções venosas, a administração de medicação endovenosa, a aspiração de secreções, a entubação naso e orogástrica, entre outros, sendo a punção venosa para colheita de sangue e para inserção de cateter (que permite manter acesso venoso para administração de medicação ou infusão de outras soluções) os procedimentos dolorosos mais comuns que ocorrem nos cuidados agudos (Carlson, Broome & Vessey, 2000).

Continuaremos a fazer referência à punção venosa, à aspiração de secreções e à entubação nasogástrica, visto que, foram estes os procedimentos dolorosos executados pelas enfermeiras às crianças deste estudo.

A punção venosa é considerada por alguns autores como um procedimento invasivo comum (Caws & Pfund, 1999; Willock, Richardson, Brazier, Powell & Mitchell, 2004) e por outros como um procedimento doloroso, devido à punção da pele por uma agulha (Melhuish & Payne, 2006). Assim, podemos dizer que, embora haja a dor, é geralmente de curta duração (Bowden & Greenberg, 2005; Bursh & Zeltzer, 2005).

Outros autores (Caetano, Henriques, Alves & Ferreira, 2003), classificam a punção venosa como um procedimento traumático, salientando que é uma dor associada a actos médicos e de enfermagem.

De facto, a punção venosa é um dos procedimentos mais executados e um estudo revelou que 8,4 % do tempo de enfermagem seria despendido fazendo colheitas de sangue (Caws & Pfund, 1999). Estas poderão ser executadas em diferentes locais

anatômicos como as veias da região dorsal de ambas as mãos e pés, veias da fossa antecubital, veia cefálica, basílica e só uma correcta avaliação deverá permitir decidir o local mais apropriado para canalizar a veia. Normalmente as veias na fossa antecubital e veia cefálica e basílica são mais apropriadas para punção para colheita de sangue enquanto que as veias do dorso das mãos são mais indicadas para manter acesso venoso com solução própria.

O mesmo autor faz referência a factores que influenciam a escolha da veia, sendo estes a idade da criança, anterior local de punção e condições das veias, o peso (obesidade ou má nutrição), tipo e duração do tratamento, medicação e infusões a serem administradas e experiências anteriores da criança.

Outro local onde poderão ser executadas punções venosas é no couro cabeludo nas veias temporal superficial, frontal, supra-orbital, facial posterior, occipital e auricular posterior. (Bowden & Greenberg, 2005)

A punção venosa pode ser definida como um acto que consiste em puncionar uma veia superficial ou profunda com a finalidade de colher amostras de sangue ou de introduzir uma via que permita a administração contínua ou intermitente de medicamentos. Outro procedimento comum é a colocação de sonda nasogástrica que consiste em introduzir uma sonda no estômago, para aspirar líquido gástrico, com finalidade diagnóstica ou terapêutica ou, também, para alimentação entérica. Estes procedimentos, são classificados por Metzger, Schwetta e Walter (2000) como tipos de cuidados que provocam dor.

A aspiração nasofaríngea é uma técnica de enfermagem que consiste em remover secreções por meio de sucção, com o objectivo de obter secreções para fins de diagnóstico, ou para evitar infecção devido à acumulação de secreções (Bowden & Greenberg, 2005). Geralmente, é executada como acção autónoma de enfermagem, assim como a entubação nasogástrica. Por outro lado, a punção venosa é uma acção dependente da prescrição médica, assim como a administração de terapêutica, como se encontra referenciado no REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), no artigo 9º referente às intervenções dos enfermeiros: "(...) os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais (...) procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de urgência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais" (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1996, p.11).

Todos estes procedimentos são considerados por Elkin, Perry e Potter (2005) como intervenções de enfermagem de maior complexidade. Assim, poderemos dizer que, o domínio dos procedimentos – as habilidades psicomotoras que fazem parte do dia-a-dia dos cuidados de enfermagem – é uma das mais importantes e difíceis experiências de aprendizagem na enfermagem.

Tendo em conta que, as crianças reagem à dor de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, passaremos agora a descrever as reacções da criança à dor de acordo com esse estágio, centrando a nossa atenção nos lactentes e crianças até aos dois anos.

### 2.1- Reacções da criança à dor

A dor na criança, sobretudo na mais pequena, foi durante muito tempo menosprezada ou até negada. Actualmente, não há dúvidas que as vias nociceptivas, embora imaturas à nascença e desde que solicitadas, originam reacções globais particularmente desagradáveis para a criança, que podem ser consideradas como dores. O ainda limitado psiquismo de uma criança muito pequena, que não se sabe queixar faz com que na maioria dos casos, os pais não disponham de qualquer outro meio para tentar acalmá-la senão através do consolo. É através da dor que a criança faz a aprendizagem da alteridade, da fragilidade da díade que ela forma com a mãe. Isto significa que, se as dores inerentes à própria vida como a saída dos dentes ou quedas inevitáveis, já constituem uma dura prova; as dores provocadas pelos adultos (decorrentes dos cuidados) são vividas de modo particularmente traumatizante, devendo por isso, ser tratadas custe o que custar (Metzger et al., 2000).

Para Ready e Thomas (referidos por Christoffel & Santos, 2001) o factor que mais influencia a experiência de dor numa criança é o seu nível de desenvolvimento. Dependendo da etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra, ela reage à dor de diferentes formas. Os temores em relação a lesões corporais e à dor prevalecem entre as crianças. As consequências desses medos podem ser grandes e, as pessoas que sofrem mais temores médicos e dor na infância provavelmente serão mais temerosas na fase adulta tendendo a evitar cuidados médicos.

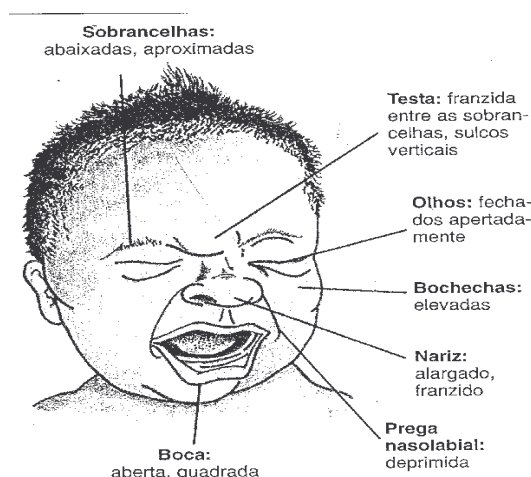
Ao cuidar de crianças, os enfermeiros devem considerar as preocupações destas relativamente ao sofrimento físico e às reacções à dor em diferentes estágios do desenvolvimento. Passaremos a descrever estas reacções de acordo com o descrito por Algren (2006).

**Lactentes (até 1 ano de idade):** Os lactentes encontram-se numa fase de desenvolvimento do atributo mais importante de uma personalidade sadia – a confiança. Esta é estabelecida através do cuidado consistente e atento da pessoa que cria a criança.

Os lactentes tentam controlar o seu ambiente através de expressões emocionais como o choro ou o sorriso.

As respostas dos lactentes à dor depois do período neonatal são semelhantes às reacções precoces, embora exista uma acentuada variação nas medidas de sofrimento, especialmente no choro inicial e na frequência cardíaca, que pode diminuir em alguns lactentes. O indicador mais consistente de sofrimento é a sua expressão facial de desconforto (figura 2). Franck, Greenberg e Stevens (referidos por Algren, 2006) referem que os lactentes podem expressar dor contorcendo-se, debatendo-se com espasmos e agitando-se. Alguns lactentes podem chorar alto depois do procedimento enquanto que outros podem acalmar-se logo de seguida após um consolo. Importa salientar que é importante reconhecer e respeitar, individualmente, estes sinais e considerar que as crianças que reagem menos intensamente ainda assim podem estar a sofrer um desconforto significativo.

Figura 2 – Expressão facial de sofrimento como indicador comportamental mais consistente de dor nos lactentes.



Fonte: Algren, 2006, p. 643;

Os lactentes acima dos seis meses de idade parecem não ter nenhuma memória óbvia de experiências pregressas de dor, reagindo a um situação potencialmente stressante com menor apreensão e medo do que as crianças mais velhas. Depois desse período, a resposta das crianças à dor é significativamente influenciada pela recordação de experiências dolorosas anteriores e pela reacção emocional dos pais durante o procedimento.

Lactentes mais velhos reagem intensamente, com alguma resistência física e falta de cooperação, podendo recusar-se a deitar, tentando empurrar a pessoa ou escapar com qualquer movimento que consigam pôr em prática. A distração pouco adianta para

diminuir a reacção imediata à dor, e a preparação prévia, como mostrar o equipamento a ser usado pode aumentar o medo e a resistência.

**Crianças de 1 a 3 anos:** Buscam a autonomia, e este objectivo é evidenciado pela maioria dos seus comportamentos – habilidades motoras, brincadeiras, relações interpessoais, actividades de vida diária e comunicação. Quando os seus prazeres egocêntricos se deparam com obstáculos, estas crianças reagem de forma negativa, especialmente com ataques de birra, pelo que qualquer restrição ou limitação de movimento, como o simples acto de fazê-los deitar durante a execução do procedimento doloroso, pode provocar resistência violenta e não-concordância.

A perda de controlo pode ocorrer e decorre da alteração de rotinas e rituais. Estas crianças dependem da consistência e familiaridade dos rituais diários para obter uma medida de estabilidade e controlo no seu mundo complexo de crescimento e desenvolvimento. Por exemplo, a experiência da hospitalização ou da doença limita severamente o seu senso de expectativa e previsibilidade uma vez que, todos os detalhes do ambiente hospitalar diferem do ambiente familiar.

Nesta faixa etária, o conceito que as crianças têm a respeito da imagem corporal, particularmente da definição dos limites corporais, ainda é pouco desenvolvido. Por essa razão, as experiências invasivas, como o exame otoscópio e da boca ou a verificação da temperatura corporal por via rectal, produzem muita ansiedade. Essas crianças podem reagir a esses procedimentos não dolorosos de forma tão intensa quanto perante a um procedimento doloroso.

As reacções à dor são semelhantes àquelas observadas nos primeiros meses de vida, porém o número de variáveis que influenciam essas reacções individuais é mais complexo e variável. Por exemplo, a memória, a restrição física, a separação dos pais, as reacções emocionais dos outros e a falta de preparação determinam, em parte, a intensidade da resposta comportamental. De forma geral, as crianças nesta faixa etária continuam a reagir com intenso desconforto emocional e resistência física a qualquer experiência dolorosa real ou imaginária. Os comportamentos indicadores de dor incluem “caretas”, “cerrar os dentes e/ou lábios”, “arregalar” os olhos, agitação, agressividade como “morder”, “dar pontapés” e até mesmo fugir. No final desta faixa etária, as crianças conseguem verbalizar a dor que estão sentindo, embora ainda não tenham a capacidade de descrever o seu tipo ou a intensidade sabendo apenas localizá-la numa área específica do seu corpo.

Com o intuito de sumariar esta temática, passaremos a esquematizar estas reacções à dor tendo em conta as faixas etárias já descritas:

Quadro 1 – Respostas das crianças à dor de acordo com a faixa etária

| Faixa etária               | Respostas à dor  |
|----------------------------|--|
| <b>Lactente pequeno</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Resposta corporal generalizada com rigidez ou agitação, possivelmente com reflexo local de afastamento da área estimulada;</li> <li>♦ Choro alto;</li> <li>♦ Expressão facial de dor (ver figura da página anterior)</li> <li>♦ Não demonstra associação entre aproximação do estímulo e dor subsequente.</li> </ul>  |
| <b>Lactente mais velho</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Resposta corporal localizada com afastamento deliberado da área estimulada;</li> <li>♦ Choro alto;</li> <li>♦ Expressão facial de dor (as mesmas características faciais de dor, demonstradas na faixa anterior, mas com os olhos abertos);</li> <li>♦ Resistência física, especialmente empurrando o estímulo para longe depois de aplicado.</li> </ul>  |
| <b>Pré-escolar</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Choro alto, gritos;</li> <li>♦ Expressões verbais como “Ui”, “Ai”, “Isso dói”;</li> <li>♦ Agitação de braços e pernas;</li> <li>♦ Tenta empurrar o estímulo doloroso para longe antes de ser aplicado;</li> <li>♦ Não coopera; necessita de contenção física;</li> <li>♦ Pede para parar o procedimento;</li> <li>♦ Agarra-se aos pais, o enfermeiro ou a outra pessoa significativa;</li> <li>♦ Pede apoio emocional, como ser abraçada ou outras formas de consolo físico;</li> <li>♦ Pode ficar inquieta e irritável com a continuidade da dor;</li> <li>♦ Todos esses comportamentos podem ser observados em antecipação ao procedimento doloroso em si.</li> </ul> |

Fonte: adaptado de Craig, Katz, Kellerman & Siegel (referidas por Algren, 2006, p. 643)

## 2.2- Resposta da mãe à experiência dolorosa

A resposta da mãe é influenciada pelos níveis de ansiedade e stresse resultantes da hospitalização do seu filho e da necessidade de lhe serem realizados tratamentos, que, por sua vez, provocam dor e desconforto. Por outro lado, como salientam Miller e Sollie (referidos por Willinger, Diendorfer-Radner, Willnauer, Jörgl & Hager, 2005), só o facto de serem pais já constitui um processo desencadeador de stresse, tendo como principais fontes quer as suas características quer as da criança.

A ansiedade é provavelmente a mais comum emoção das pessoas hospitalizadas e deve-se tanto à incerteza do diagnóstico como, após conhecê-lo, ao tratamento e certeza e/ou incerteza do sucesso ou por falta de informação (Sarafino, 1998). Desta forma, a

mãe, uma vez que se encontra hospitalizada com o filho acompanhando-o neste evento, pode ser considerada também como uma pessoa hospitalizada e, decorrente disso, deverá enfrentar as suas emoções e adaptar-se gradualmente.

Moos (referido por Sarafino, 1998) refere que, a forma como um doente se adapta ao seu problema de saúde e ao tratamento no hospital depende de uma série de factores, entre eles a idade, o género e as características da doença. De salientar que, os adultos mais jovens normalmente apresentam maior dificuldade em lidar com doenças sérias do que os adultos com mais idade. Também os homens tendem a ser menos ansiosos que as mulheres.

Mas como lidam, então, as mães com o stresse e a ansiedade provocados pela hospitalização dos filhos e, conseqüentemente, com os procedimentos dolorosos a que são submetidos? A experiência de dor da criança hospitalizada provocada pelos procedimentos é uma situação geradora de stresse quer para a mãe quer para a criança e requer a utilização de estratégias de *coping* (Carlson et al., 2000)

Actualmente, quando nomeamos o termo *coping*, referimo-nos às estratégias que são utilizadas pelos indivíduos para lidar com as situações indutoras de stresse, acarretando uma ligação indissociável entre estes dois conceitos (Serra, 1999), stresse e *coping*.

O conceito de *coping*, é definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (2006) como uma “atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”. (p. 80); O conceito de stresse, também é definido como: “status com as características específicas: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo” (p. 102).

Nesta senda, podemos dizer em poucas palavras que o *coping* pode ser considerado como uma forma de ajustamento a uma situação difícil. No modelo teórico de Lazarus e Folkman (1984) o *coping* é visto como um processo cognitivo e comportamental que o indivíduo coloca entre ele e a ameaça com o fim de dominar o impacto sobre o seu bem-estar físico e psicológico. Estes autores referem-se àquilo que denominam de estratégias de *coping* definindo-o como um conjunto de esforços comportamentais que tem o intuito

de dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas, que ultrapassam ou ameaçam os recursos do indivíduo; isto é, são pensamentos e acções que usamos para lidar com situações evocadoras de stresse e baixar o nível de perturbação a ele associada.

Ainda de acordo com este modelo, o *coping* apresenta duas funções distintas: a que incide sobre a gestão do problema que originou o stresse (*coping* centrado no problema) e a que se centra na regulação da perturbação emocional (*coping* centrado na emoção). Este modelo enfatiza ainda que, o facto de estarmos constantemente a avaliar os inúmeros acontecimentos que nos rodeiam, podendo ser desconhecidos, ameaçadores ou familiares, vai implicar o desenvolvimento de um grande número de estratégias para lidar com eles. Assim, quando um determinado acontecimento é avaliado como ameaçador, são experimentadas reacções emocionais de alarme, desencadeando respostas psicológicas, comportamentais e fisiológicas.

Sarafino (1998) dá-nos um exemplo de estratégias de *coping* centradas no problema, referindo que estas geram comportamentos focalizados na obtenção de informação e na tentativa de alteração do acontecimento, com o objectivo de reduzir a situação stressante. Por outro lado, as estratégias centradas na emoção focalizam a minimização das implicações emocionais secundárias ao agente causador de stresse e são exemplos disso, tentativas para regular as emoções, negando os factos, obtendo distrações, distanciando-se e evitando a fonte de stresse.

Estes dois tipos de *coping* são utilizados na maioria das situações evocadoras de stresse e a proporção em que se usa cada tipo, varia, de acordo com a avaliação que o indivíduo faz do acontecimento. Serra (1999) salienta que, quando o stresse é sentido como pouco intenso ou mais facilmente controlável, a pessoa tem tendência a concentrar-se em estratégias centradas no problema enquanto que, quando o stresse se torna mais grave e com menor possibilidade de controlo, ou se a situação não puder ser modificada, os esforços centram-se mais na redução do estado emocional.

Miller (referida por Melo, 2005) refere-se ao *coping* como uma tendência relativamente estável, estilo (traço da personalidade) ou, ainda, como um processo de mudança (estado), que se altera em função da situação em que o indivíduo se encontra.

Hanson (1998) também se pronuncia acerca do *coping*, entendendo-o como um recurso de adaptação. Este autor utiliza termos como “fontes de stress” e “respostas ao stress”. Qual a diferença? O termo “fontes de stress” é utilizado para referir acontecimentos geradores de stress, neste caso, a hospitalização da criança e os procedimentos dolorosos. O termo “repostas ao stress” é utilizado para aludir a reacções ao stresse que

podem ser fisiológicas e psicológicas. As primeiras incluem reacções como alterações na função cardiovascular, aumento da secreção gástrica, tremores, entre outros. Dentro das respostas psicológicas estão incluídas a ansiedade, a depressão e a utilização de mecanismos de defesa como a negação ou a repressão.

Assim, e ainda de acordo com o autor supracitado, a forma como cada pessoa responde a situações geradoras de stress é mediada pela sua personalidade e percepção que tem das fontes de stresse e recursos de adaptação (*coping*). Torna-se fundamental salientar que, e sendo a personalidade uma influência nas formas de lidar com as situações stressantes, pessoas diferentes respondem ao mesmo factor de stresse de forma diferente. Por exemplo, as mães respondem de variadas formas aos procedimentos dolorosos do filho hospitalizado.

A intensidade e duração da resposta ao stresse dependem também das experiências, dos padrões de socialização estabelecidos durante a infância e do significado que a situação tem para a pessoa que a vive (Hanson, 1998). Mesmo sabendo que as nossas respostas ao stresse poderão não ter êxito, muitas vezes são o meio para nos defendermos dos factores de stress. E a que defesas nos referimos? Este autor fala-nos em defesas psicológicas em que, a capacidade de resposta adaptativa ao stresse depende da experiência prévia com o factor de stress, nível de instrução, capacidades intelectuais, predisposição para a ansiedade, tipo de vida e nível económico. Para além disso, “ser forte”, é um traço de personalidade que protege uma pessoa contra os factores de stresse.

As pessoas que estão a responder ao stresse de uma forma positiva estão a adaptar-se, pois *coping* significa isso mesmo, ou resolver desafios internos e externos. As medidas de *coping* ajudam-nos a resistir e a controlar os factores de stresse (Davis referido por Hanson, 1998). Quando nós controlamos um factor de stresse, utilizando uma resposta particular de *coping*, essa competência passa a fazer parte da nossa estrutura interna, ou primeira linha de defesa e ficamos aptos a utilizá-la, novamente, em situações semelhantes. Então, o autor considera que estas respostas podem ser entendidas como a “imunologia da emoção”.

E quanto à ansiedade? Qual a relação que se estabelece com o stresse e com as estratégias de *coping*? Quando percebemos que temos de nos confrontar com uma grande fonte de stresse, preparamo-nos para “atacar ou fugir”, dando, ao mesmo tempo, uma série de respostas fisiológicas. Os componentes emocionais de luta e de fuga são a ira ou raiva e a ansiedade ou o medo. Como enfermeiras, tanto lidamos com a ira como com a ansiedade das pessoas. Destes dois, a resposta emocional mais comum aos

desafios causadores de stresse é a ansiedade e, enfermeiras trabalham, diariamente, com pessoas ansiosas. Como a ansiedade advém das frustrações e dos conflitos da vida, fez sempre parte da existência humana. Então, a ansiedade é definida por Hanson (1998) como, “(...) apreensão, pavor, pessimismo ou dificuldades que não estão relacionadas com uma fonte de perigo identificada” (p. 350). Assim, poderemos dizer que a ansiedade é uma resposta psicológica a uma fonte de stresse.

As reacções mais frequentes dos pais à hospitalização dos seus filhos são a ansiedade severa, a negação, a cólera, os remorsos e o desgosto. Estas ocorrem porque são muitos os problemas que os pais enfrentam, naquele contexto: medo da doença e do desconhecido, insegurança e ausência de controlo em relação ao meio hospitalar, sentimentos de culpa, mudanças de hábitos, insegurança quanto aos tratamentos e seus resultados, padrões comportamentais solicitados e diferentes dos habituais. (Schimtz, citado por Jorge, 2004).

Numa abordagem mais documentada, Algren (2006) indica os factores que influenciam as reacções dos pais à doença do seu filho, entre eles, a gravidade da ameaça ao filho, a experiência prévia com doença e hospitalização, os procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento, os sistemas de apoio disponíveis, prévias capacidades de enfrentamento anteriores, outros stresses no sistema familiar, crenças culturais e religiosas e padrões de comunicação entre os membros da família.

Como já foi referido, o medo, a ansiedade e a frustração são sentimentos comuns manifestados pelos pais quando confrontados com a hospitalização de um filho. Vejamos as possíveis razões da sua existência. O medo e a ansiedade podem estar relacionados com a gravidade da doença e com os tipos de procedimentos. Já a ansiedade poderá estar relacionada com o trauma e a dor imputados na criança. Por outro lado, os sentimentos de frustração estão frequentemente interligados com a falta de informação a respeito de procedimentos e tratamentos, ao desconhecimento das normas e rotinas hospitalares, a uma sensação de serem indesejados pela equipa ou ao medo de fazer perguntas (Algren, 2006). Estes familiares, na medida em que experienciam uma situação abrupta de desequilíbrio emocional, passam também a viver num estado de tensão em que o medo, a culpa e a ansiedade são constantes.

Apesar do acima referido, Collet e Rocha (2003) reforçam que, a presença da mãe tem como objectivo afastar ou suprimir estímulos dolorosos através da satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança proporcionando alívio. A mãe, estando presente no hospital, tem a percepção de estar contribuindo para a rápida e menos dolorosa recuperação da saúde do filho, proporcionando-lhe atenção e carinho. Assim, e

segundo as mesmas autoras, são salientadas situações consideradas de extrema importância, pelas mães que justificam acima de tudo, a sua presença. Deste modo, consideram que,

“ (...) ao acompanhar a criança em procedimentos invasivos, especialmente punções venosas, as mães manifestam sentimentos relacionados a *dó* da criança e à necessidade de ajudá-la, dando-lhe apoio emocional. Esse facto tem um significado muito importante para as mães, pois é um dos momentos mais difíceis para a criança e é quando precisam de criar forças internas para acalmá-la. (p. 262) ”

Durante a punção venosa, mesmo que a mãe não possa evitar o procedimento, a sua presença garante compreensão e amor à criança. Ao se sentir assistida pela mãe, a criança que passa por um sofrimento estará mais preparada para superar a angústia noutra ocasião. Podemos dizer que a mãe humaniza tudo o que rodeia a criança através das suas palavras, sua manipulação e sua presença, conferindo o sentido de segurança à criança (Pinto & Barbosa, 2007).

Vários estudos têm analisado os efeitos da presença dos pais na resposta da criança aos procedimentos dolorosos (Shaw & Routh, 1982; Bauchner, Vinci & Waring, 1989; Kleiber & McCarthy, 1999; Salmon & Pereira, 2002; Nelson, Gleaves & Nuss, 2003), revelando que, a ansiedade das mães se encontra associada a altos níveis de ansiedade nas crianças. Esta ansiedade poderá dever-se ao conjunto de factores stressantes já referidos mas também leva-nos a reflectir sobre o sofrimento, muitas vezes manifestado pelas mães acompanhantes.

Para Oliveira (referida por Pinto et al., 2001) o sofrimento é inerente à condição da mãe acompanhante e, entre os factores que causam este sofrimento, surge o sofrimento e a ansiedade devido aos procedimentos.

### **Sofrimento da mãe e reacção à dor do filho: abordagem antropológica**

É natural que a situação de doença seja vivida como uma experiência de sofrimento. No momento em que o enfermeiro está a puncionar veia à criança, as mães poderão manifestar-se de diferentes formas. Reagem à dor que o filho sente no momento da punção, que se pode manifestar através do choro, principalmente se é um lactente, pois consideram-no um ser frágil. Como enfermeiros, devemos considerar estas mães como seres culturais, com uma experiência de vida própria, um corpo vivido com, segundo Gameiro (2003) tudo o que o caracteriza, o seu ser, a sua aspiração, a sua existência, o seu futuro e sofrimento.

Nesta perspectiva, em que o corpo do filho é alvo de um procedimento, muitas mães são susceptíveis de considerar o procedimento como uma verdadeira agressão ao corpo físico do filho em que o invólucro corporal da criança é invadido. Não será esta “invasão”

motivo de sofrimento para a mãe (crença associada ao respeito pelas fronteiras do corpo), demonstrando uma necessidade inconsciente de envolver o corpo do filho com o seu próprio corpo? Naquele momento, a mãe tenta proteger o filho, envolvendo-o com o seu próprio corpo, sentindo-se impotente por não poder, de certa forma, impedi-lo. Relativamente a esta noção de protecção, já Collière (1999) referindo-se ao peito da mulher que deu à luz como fonte de bem-estar e conforto afirmava que, este constitui um “ (...) porto conhecido pelos seus efeitos curativos, acalmando desde o choro da criança até às maiores dores (...) ” (p. 43). Assim, podemos dizer que, os cuidados ao corpo abrangem tudo o que concorre para o proteger.

A mãe vê o corpo do filho e a pessoa do filho em sofrimento e sofre. A dor está intimamente ligada à cultura, à arte, à religião e a todas as outras formas que a espécie humana criou para simbolizar, para transformar as vivências humanas geradoras de sofrimento, de forma a torná-las mais suportáveis ou mais inteligíveis. Mas, se por um lado a dor é uma experiência universal também é uma experiência muito singular: a relação que cada pessoa tem com a sua dor é única e íntima, na medida em que reenvia para uma intensidade e uma significação que lhe são próprias. Esta dor, para o antropólogo David Le Breton é apreendida numa teia complexa de valores culturais, conferindo-lhe um valor antropológico e remetendo-a, por sua vez, para uma ordem simbólica e não para uma ordem puramente biológica (Fleming, 2003).

É ainda o corpo que inventa a linguagem da dor: a crispação, o gemido, o grito, as lágrimas, que deverão ser compreendidas por quem presta cuidados. A criança quando sente dor, chora, emite sons que sejam ouvidos pela mãe ou por quem provoca a dor, no sentido de expressar essa dor física. Seu choro como queixa, rapidamente recebe em resposta, preocupação e consideração. Que ligação entre a temática do corpo, dor e sofrimento? Referindo Hesbeen (2000) “ A doença e, com ela, a dor são do domínio do corpo que o paciente tem, o sofrimento, é do domínio do corpo que o paciente é ” (p. 29). A dor, como as doenças em geral, é apenas um tipo específico de sofrimento humano (Helman, 2003). O termo “experiência dolorosa” define em parte este sofrimento que não engloba apenas a dor física. Este termo relacionado à dor demonstra uma ligação a outras formas de sofrimento, incluindo stresse emocional, conflitos interpessoais e infortúnios inesperados.

Será que os comportamentos expressos perante a dor são formas de exteriorização do sofrimento? As linguagens de sofrimento não verbais, segundo Helman (2003) incluem não só gestos, mas também expressões faciais, postura corporal, exclamações, sendo que todas adquirem um significado tendo em conta o contexto no qual surgem. Por exemplo, a mãe que reage com uma expressão facial de dor, choro, tentativa de

proteção do filho e longe da “picada da agulha”, poderão ser formas de expressão do sofrimento não verbal.

O sofrimento é um sentimento complexo e muito pessoal e não existe separadamente da pessoa. Se essa pessoa é ainda uma criança, o sofrimento vai atingi-la não só a ela, mas normalmente à família a que pertence. Este sofrimento pode ainda ser causado, não só pela gravidade da doença do filho, mas também pela ansiedade, em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções e também a pena e o medo de o ver com dor (Vara, 1996).

Sá (2004) considera o termo dor emocional como sinónimo de sofrimento. O autor acrescenta ainda que sempre que a dor física surge traz consigo a dor mental. Mas não será o sofrimento da mãe passageiro, provocado pela doença do filho, hospitalização, tipo de apoio familiar, dor dos procedimentos? Penso que não poderemos dar resposta a esta questão porque o sofrimento é aquilo que a pessoa diz que sofre e a relação de quem se dói com a sua dor é, sempre, íntima e sofrida. Claro que, quanto mais intensa uma dor for, ou mais se prolongue, mais gera partes nossas “ envoltas em penumbra” (p. 358).

A enfermeira poderá aliviar este sofrimento da mãe que observa a dor do filho, de que forma?

### 2.3- Resposta da enfermeira: intervenções de enfermagem à criança/mãe com dor

A doença impõe uma vivência de sofrimentos relacionados com a sua evolução e/ou terapêutica. É neste quadro que o apoio à criança e sua família se revela de suprema importância.

Na Enfermagem uma das primeiras teóricas a apresentar uma definição de sofrimento foi Travelbee nos finais da década de sessenta, baseada na sua experiência clínica. Esta autora (referida por Tomey, 2004) define o sofrimento como “(...) um sentimento de desprazer que vai do simples desconforto mental, físico ou espiritual transitórios à extrema angústia e às fases para além da angústia, nomeadamente, a fase maligna de não cuidado desesperante e a fase final de indiferença apática (p.469), colocando-o num continuum. Travelbee acrescenta ainda que, o propósito da enfermagem é assistir um indivíduo, família ou comunidade na prevenção ou a lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar algum sentido nestas experiências.

Lindholm e Eriksson (referidos por Gameiro, 1999) consideram o alívio do sofrimento humano como a “pedra angular do cuidar” (p. 88). Isto significa que, aliviar o sofrimento

não pode ser considerado apenas como um dos imperativos éticos dos profissionais de saúde, é mais do que isso. Para os enfermeiros este alívio de sofrimento deve constituir a referência fundamental para qualquer teoria, modelo ou prática de cuidados.

Salientámos ainda que, é na interacção do enfermeiro com a mãe que este sofrimento pode ser aliviado através de capacidades de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia, devendo este orientar-se para a experiência daquela pessoa. Como refere Phaneuf (2005), a enfermeira orienta-se para a experiência de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, recolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades da pessoa.

Não devemos esquecer que, muitas vezes o desespero surge, concordando com Gameiro (1999) quando a pessoa se sente abandonada. Assim a ajuda passa pela comunicação e manifestação de solidariedade. É o que acontece com a mãe que assiste ao sofrimento manifestado pelo filho ao ser puncionado, mais do que uma vez, sentindo uma certa impotência quando este clama a sua ajuda. Mas se o enfermeiro explicar o procedimento, benefícios do tratamento, durante o procedimento manter-se em interacção com a mãe, através do toque, palavras de ternura e atitude de compreensão, este sofrimento poderá ser atenuado.

É possível expressar um comportamento de dor sem a presença de um estímulo doloroso ou, por outro lado é possível não manifestar esse comportamento, apesar da presença do estímulo doloroso. Tais situações remetem-nos para as diferenças culturais de resposta à dor, sobretudo a forma como esta é expressa. Como refere Galanti (1997) diferentes pessoas de culturas diferentes expressam a dor de forma diferente, em situações idênticas. Relativamente às crianças hospitalizadas as mães ao observarem o filho com dor, dependendo de factores culturais, experiências de saúde e cuidados de saúde, crenças e valores, poderão expressar-se de forma muito variada. Numa atitude de compreensão a estas diferenças culturais é fundamental a atenção do enfermeiro. Como refere Galanti (1997), a dor é um facto da vida humana. Embora as pessoas experienciem o mesmo tipo de dor, há um vasto número de diferenças culturais no que respeita à expressão da dor. Algumas culturas encorajam uma expressão aberta da dor, outras socializam os seus membros de forma a reprimi-la. As diferentes formas de expressão de dor não deverão ser estereotipadas (isto é, associar a expressão a uma determinada cultura), mas sim cada cliente deve ser cuidado tendo em conta a sua individualidade.

Para Broome (referida por Willock et al., 2004) a punção venosa pode ser uma experiência aterradora com implicações psicológicas duradoiras. Os pais também

necessitam de informação sobre os procedimentos e como apoiar a criança. A maioria das crianças necessitam que os pais estejam presentes para prestar conforto quando estão, por exemplo, a fazer uma colheita de sangue (Wolfram e Turner referidos por Willock et al., 2004) e a maioria dos pais manifestam desejo de acompanhar os filhos nessas ocasiões dolorosas para os filhos.

Assim, é ponto fundamental para o enfermeiro, estabelecer uma relação terapêutica de ajuda com os pais.

### **Relação de ajuda perante a dor**

Como fenómeno universal, a valorização da dor por parte da enfermeira deve ser encarada como uma prioridade comum a todos os profissionais de saúde do ponto de vista humanitário e ético.

A forma como cada ser humano se comporta, define a sua própria situação de ser e estar no mundo e embora de modos diferentes, cada pessoa existe e se realiza pela mediação dos outros, sendo através da relação interpessoal que o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais. Santos M. (2000) refere-se à relação interpessoal, na sua vertente relação de ajuda, como “(...) um tipo de interacção fundamental à disposição dos enfermeiros para organizarem um sistema de comunicação que responda de forma particular às necessidades de cada pessoa com quem interage.” (p. 51)

Embora a noção de relação de ajuda tenha surgido no seio da Psicologia, rapidamente foi utilizada nos domínios da Educação, Ciências Humanas e nos cuidados aos doentes. Carl Rogers foi um dos grandes impulsionadores da relação de ajuda e da relação terapêutica. O referido autor entende esta expressão de relação de ajuda como “ (...) as relações nas quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (1985, p. 43). Por outras palavras, a relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.

Os enfermeiros devem estabelecer um tempo para conhecer a criança, estabelecer confiança, transmitindo informações simples e claras aos pais, apoiando na tomada de decisão para que estes consigam controlar a situação de crise da melhor forma possível. Adam (1994) considera a relação de ajuda como a condição “sine qua non” (p. 91) da eficácia dos cuidados. Seja qual for a concepção que oriente a enfermeira nas suas acções é fundamental a relação de ajuda. Acrescenta ainda que, a relação não se trata

de uma mera intervenção que urge executar, mas sim é algo que existe e não deverá ser suspensão no decurso de um tratamento doloroso ou durante os cuidados de conforto.

Lazure (1994) salienta que para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver.

Brammer (1985) também se refere à relação de ajuda referindo que esta é uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas.

Também o REPE, salienta a importância da relação de ajuda no artigo 5º, referente à caracterização dos cuidados de enfermagem, podendo ler-se: “os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente.” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1996, p. 7)

Segundo Chalifour (1989) a relação de ajuda consiste numa interacção entre duas pessoas, enfermeiro e cliente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação da necessidade de ajuda presente neste último. Esta ajuda só será eficaz quando o enfermeiro se consciencializar de que só o ajudado possui os recursos base para resolver o problema, devendo este apenas orientar e assistir e nunca decidir ou substituir o processo de resolução de problemas. Com esta noção de relação subentende-se a presença de elos de contacto, de uma forma de coexistência. Será pois necessário que ajudante e ajudado estejam presentes um com o outro como um todo.

Em Enfermagem Pediátrica, a relação de ajuda centra-se na díade mãe/filho, pois esta constitui o cliente. A relação de ajuda deverá ser uma relação progressiva que se estabelece pela comunicação e pressupõe disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, isto é, o desenvolver da empatia, segurança e confiança. Assim, a enfermeira deverá possuir como características que lhe permitam estabelecer uma relação de ajuda, capacidade de clarificar e de ajudar na clarificação, capacidade de respeito por si própria, e pelo doente, porque se a enfermeira não aprender a respeitar-se a si própria muito dificilmente conseguirá respeitar o cliente como ele é, capacidade de ser empática consigo própria e com o doente. (Lazure, 1994).

Nesta relação a enfermeira, além de possuir conhecimento e responsabilidade, deve ser habilidosa, gentil, paciente e saber transmitir segurança e confiança à criança doente, assim como ter uma atitude empática, sincera, humilde, saber ouvir e compreender o impacto emocional da doença e do sofrimento. (Vara, 1996). Todos estes aspectos remetem-nos para a essência do cuidar, porque para Lazure (1994), cuidar é ajudar a viver.

A relação terapêutica tem como grande objectivo a satisfação do cliente, a procura da empatia nas interações com o mesmo. Para Watson (2002) é através da empatia que o enfermeiro pode reconhecer e aceitar os sentimentos de outra pessoa sem que advenha daí medo, raiva, desconforto. É fundamental, como parte integrante da enfermagem como ciência humana conseguirmo-nos colocar na “pele” do outro, contribuindo para uma maior qualidade dos cuidados prestados.

### **Empatia, escuta e respeito**

A empatia é considerada uma das componentes da relação de ajuda. Travelbee (referida por Tomey, 2004) define empatia como “ (...) um processo através do qual um indivíduo é capaz de compreender o estado psicológico do outro”. (p.470). A teórica acrescenta ainda, referindo-se ao seu modelo de relação pessoa-a-pessoa, que a fase da empatia se caracteriza pela capacidade de partilhar a experiência da outra pessoa.

O resultado do processo empático é a capacidade de prever o comportamento do indivíduo com quem se empatizou, acreditando que, são as semelhanças da experiência e o desejo de compreender a outra pessoa, duas das qualidades que melhoram o processo de empatia. Outro conceito deste modelo é a simpatia que vai para além da empatia e ocorre quando a enfermeira deseja aliviar a causa da doença ou do sofrimento do doente.

Watson (2002) refere-se à empatia realçando que esta é uma habilidade da enfermeira para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar a essa outra pessoa o grau de compreensão que ela atingiu. A enfermeira ao manifestar uma atitude de empatia, utiliza quer comunicação verbal, quer a comunicação não verbal. Neste sentido, um sinónimo para empatia é compreensão comunicada.

Para Chalifour (1989), existem condições que favorecem a expressão da empatia por parte da enfermeira, que passam por existirem aspectos como a idade, o sexo, a escolaridade, as condições sócio-culturais, os valores morais ou ainda a vivência de experiências semelhantes às que acontecem com o cliente, que poderão facilitar a empatia e quanto mais a enfermeira esteja animada pelo gosto de conhecer, acolher, compreender o cliente como ele é, mais capaz será de o manifestar. Por outro lado, poderão surgir algumas condições que prejudicarão a presença de uma atitude empática: a falta de tempo e de disponibilidade, que resultam muitas vezes da forma como estão organizados os cuidados nas instituições, o facto de muitas vezes se fazerem juízos de valor, sem ter uma disponibilidade interior grande para se compreender a si própria, podendo criar situações em que não dá conta da forma como está a auto influenciar-se

na compreensão empática que está a desenvolver com o cliente, negando assim a individualidade da outra pessoa.

Assim, de forma a estabelecer uma relação empática com o cliente a enfermeira deve tentar compreender o mundo do cliente como se fizesse parte desse mundo, criando-se sentimentos de aproximação e de compreensão gradualmente mais significativos entre esta e o cliente. No entanto, nenhum deles deve perder o sentido do seu próprio eu (Queirós, 1999).

Outra habilidade ligada à empatia é a escuta activa. A necessidade de escuta é tão evidente e de tal forma considerada assim, que na maioria das vezes nos esquecemos de falar dela e de a desenvolver adequadamente.

Como refere Lazure (1994) “ escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores” (p. 15). Esta autora salienta ainda que, escutar não é sinónimo de ouvir, é uma arte situada no coração da prática do enfermeiro, é um instrumento essencial à relação de ajuda que cada um deve desenvolver. A enfermeira quando escuta pretende:

- Manifestar ao cliente o quanto ele é importante;
- Ajudá-lo a identificar as suas emoções;
- Ajudá-lo a identificar as suas necessidades;
- Ajudá-lo a identificar os seus problemas;
- Ajudá-lo a elaborar um plano de acção realista e eficaz.

Esta enfermeira que escuta, torna-se disponível para a totalidade da comunicação do cliente e não só para as palavras que ele pronuncia. As palavras não podem traduzir a realidade total da experiência dos indivíduos. As expressões faciais do cliente, o seu tom de voz, os gestos, exprimem muitas vezes mensagens que complementam as transmitidas pelas palavras.

A escuta tem de ser uma escuta integral e esta tem de ser uma escuta não só com os ouvidos, mas sim com todo o ser (Lazure, 1994). Esta escuta integral comporta três dimensões: 1) observar e compreender o comportamento não verbal; 2) escutar e compreender mensagens verbais; 3) escutar e compreender de forma global, no contexto da relação de ajuda ou na vida quotidiana.

Outra habilidade fundamental na relação de ajuda é o respeito. Lazure (1994) afirma que respeitar um ser humano é “(...) acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma

que lhe é mais satisfatória” (p. 51). No entanto, apoiando-nos no princípio de que apenas podemos dar aquilo que possuímos, devemos respeitar-nos se queremos poder respeitar os outros.

Respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial. A enfermeira que respeita o cliente acredita nele, escuta-o atentamente, abstém-se de o julgar e tenta compreender o seu ponto de vista.

Riley (2004) chama a atenção que, respeitar os clientes não é suficiente. A mensagem de que são importantes para as enfermeiras só será recebida se for transmitida clara e directamente. A autora sugere acções que as enfermeiras poderão desenvolver a fim de mostrar respeito pelos seus clientes, como por exemplo, manter contacto visual directo, dirigir-se à pessoa, chamar o cliente pelo nome e apresentar-se, estabelecer contacto através de um aperto de mão ou tocando delicadamente no outro.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003) quando se refere às intervenções de enfermagem sublinha que são aspectos fundamentais a considerar nos cuidados de enfermagem, tendo em conta a minimização da apreensão / ansiedade / medo e a prevenção de estados de pânico, os seguintes:

- Usar técnicas de acalmar, mantendo-se presente;
- Expressar claramente expectativas relativas com o comportamento do cliente / convivente significativo;
- Explicar todos os procedimentos, expressando as sensações que podem ser vivenciadas pelo cliente;
- Esforçar-se por compreender as perspectivas associadas às causas que lhe provoca a situação;
- Permanecer junto do doente, no sentido de lhe promover a segurança e reduzir o medo;
- Promover o envolvimento da família;
- Ouvir atentamente;
- Reforçar os comportamentos adaptativos, que o doente vai tendo;
- Criar uma atmosfera que promova a confiança;
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções;
- Identificar as mudanças de níveis de ansiedade;
- Ajudar o doente a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- Controlar os estímulos adequados de acordo com as necessidades do cliente;
- Suportar mecanismos de defesa;
- Instruir o doente no uso de técnicas de relaxamento;
- Avaliar a capacidade do doente de tomar decisões.” (pp. 121-122)

Em suma, a enfermeira deverá ter uma preocupação constante em proporcionar um ambiente de interesse pela família da criança doente, demonstrando comportamentos de escuta atenta, ajuda e acompanhamento, promovendo e mantendo o respeito e protecção da unidade familiar.

Importa ainda salientar que, e concluindo esta reflexão sobre a relação de ajuda em situação de dor e sofrimento, a dor é sempre uma experiência de sofrimento, íntima, não

se exhibe (mesmo que, para alguns, traga – como ganho – alguma atenção e afecto nunca antes tidos), nem se expõe a estranhos (mesmo que neles se inclua uma equipa de saúde, no seu todo). A dor confia-se a alguém, sempre numa experiência de reciprocidade a dois, e requer a generosidade de quem confia e a autenticidade de quem a acolhe (Sá, 2004).

O alívio da dor é uma necessidade básica e um direito de todas as crianças. De seguida, passaremos a descrever algumas intervenções de enfermagem para controlo efectivo da dor da criança submetida aos procedimentos.

### **Controlo da dor da criança submetida aos procedimentos**

O alívio total da dor, com o uso combinado de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, deverá ser a meta. Entretanto, o alívio completo pode não ser possível. Quando nos referimos à punção venosa periférica como intervenção constante num serviço de pediatria, a minimização da dor e o desconforto da criança constituem desafios para a prática de enfermagem.

Bursh e Zeltzer (2005) referem que não existe uma maneira única de tratar a dor e o sofrimento de todos os procedimentos. A conduta específica pode variar de acordo com a intensidade e duração esperadas da dor, o contexto e o significado do procedimentos para a criança e família, os estilos de luta e temperamentos dos pais e da criança, o tipo de procedimento e a história de dor da criança (especialmente durante procedimentos). As intervenções que reduzem a angústia dos pais e das crianças foram associadas com reduções nos relatos de dor da própria criança e na observação de comportamentos associados à dor. Neste sentido e por estas razões, a preparação adequada deveria incluir a educação sobre o procedimento, a gestão de expectativas relacionadas com estes, o desenvolvimento de habilidades destinadas a aumentar a participação activa e uma melhor forma de lidar com a situação.

Os procedimentos podem exigir analgesia para torná-lo mais confortável. Os anestésicos locais, juntamente com intervenções para acalmar e minimizar a angústia, devem ser considerados até mesmo para procedimentos como a punção venosa.

Actualmente tem sido utilizada a anestesia tópica para prevenção da dor na prática pediátrica, sobretudo no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos. O EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics) é uma mistura de anestésicos locais (lidocaína a 2,5% e prilocaína a 2,5%) para aplicação na pele intacta com penso oclusivo, no mínimo 60 minutos antes da punção venosa. O seu início de acção ocorre cerca de 1 hora após a aplicação tópica e o seu efeito tem vida média de 1 a 2 horas (Macedo, Batista & La Cava, 2006)

Relativamente ao controlo não farmacológico este poderá ser de extrema eficácia quando associado com uma preparação psicológica da criança e família para os procedimentos. Preparar a criança/família para o procedimento minimiza a sua ansiedade, promove a sua cooperação e apoia a sua capacidade de lidar com a situação. Quando falamos em procedimentos dolorosos, a preparação mais eficiente inclui fornecer orientações quanto aos aspectos sensoriais dos procedimentos e ajudar a criança a desenvolver a capacidade de lidar com a situação, com imagens, distracção ou relaxamento (Algren & Arnow, 2006).

Caetano et al., (2003) fazem referência à actuação do enfermeiro perante a criança/família sujeita a procedimentos traumáticos, por considerarem de extrema importância a preparação para o procedimento. Isto porque, os procedimentos traumáticos, entendidos como agentes externos (actos de enfermagem ou médicos) que irão provocar dor física e/ou psicológica, são pelos autores considerados como das situações mais stressantes e dolorosas para a criança e sua família durante a hospitalização. Assim, torna-se fundamental preparar a criança e os seus pais para o procedimento.

Preparação psicológica: o momento exacto de preparar a criança para um procedimento varia de acordo com a idade e o tipo de procedimento. De seguida, apresentaremos algumas orientações para a preparação das crianças submetidas aos procedimentos, com base nas suas características do desenvolvimento:

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem na preparação da criança para os procedimentos, com base nas características do desenvolvimento.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Lactentes:</b><br/>desenvolvendo um<br/>senso de confiança e<br/>de pensamento<br/>psicomotor</p> | <p>⇒ <b>Ligação aos pais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver os pais no procedimento, se assim o desejarem;</li> <li>- Manter os pais na linha de visão do lactente;</li> <li>- Caso os pais não possam ficar ao lado da criança, colocar perto dela um objecto familiar;</li> </ul> <p>⇒ <b>Ansiedade com estranhos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deixar o cuidador usual fazer ou ajudar no procedimento;</li> <li>- Avançar lentamente e de modo não ameaçador;</li> <li>- Limitar o número de estranhos na sala durante o procedimento;</li> </ul> <p>⇒ <b>Fase sensoriomotora do aprendizado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar medidas de conforto sensoriais durante o procedimento (acariciar a pele, falar suavemente, dar a chupeta);</li> <li>- Usar analgésicos (anestésico tópico) para controlar o desconforto;</li> <li>- Aconchegar e abraçar a criança depois de um procedimento stressante; encorajar os pais a confortarem a criança;</li> </ul> <p>⇒ <b>Controlo muscular aumentado</b></p> |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperar resistência dos lactentes maiores;</li> <li>- Conter adequadamente;</li> <li>- Manter objectos lesivos fora do alcance;</li> </ul> <p><b>⇒ Memória de experiências progressas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter consciência de que os lactentes mais velhos podem associar objectos, lugares ou pessoas a experiências prévias dolorosas e vão chorar e resistir ao vê-las;</li> <li>- Realizar os procedimentos numa sala separada e não no berço (leito);</li> <li>- Usar, sempre que possível, procedimentos não-invasivos (p. ex, temperatura axilar ou timpânica, medicações orais);</li> </ul> <p><b>⇒ Imitação de gestos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar o comportamento desejado (p. ex, abrir a boca);</li> </ul>   |
| <p><b>Crianças de 1 a 3 anos:</b></p> <p>Desenvolvendo o senso de autonomia e sensoriomotor para o pensamento pré-operacional</p> | <p><u>Usar a mesma abordagem que se usa para o lactente, acrescentando o seguinte:</u></p> <p><b>⇒ Pensamento egocêntrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar o procedimento com relação ao que a criança vai ver, ouvir, cheirar, sentir na pele e experimentar em termo de paladar;</li> <li>- Enfatizar os aspectos do procedimento que precisam de cooperação (por exemplo, permanecer quieto);</li> <li>- Dizer à criança que ela pode chorar, gritar ou usar outros meios verbais para expressar desconforto;</li> </ul> <p><b>⇒ Comportamento negativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperar resistência ao tratamento; a criança pode tentar fugir;</li> <li>- Usar uma abordagem firme e directa;</li> <li>- Ignorar explosões de temperamento;</li> <li>- Usar técnicas de distração (por exemplo, cantar uma música com a criança)</li> <li>- Conter adequadamente;</li> </ul> <p><b>⇒ Animismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter objectos ameaçadores fora do campo de visão (a criança pequena acredita que os objectos têm qualidades vitais e que podem causar dor);</li> </ul> <p><b>⇒ Habilidade da linguagem limitada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar-se por meio de comportamentos;</li> <li>- Usar termos simples, familiares à criança e frases curtas;</li> <li>- Fornecer uma orientação de cada vez;</li> <li>- Usar pequenas réplicas do equipamento; permitir que a criança manuseie o equipamento;</li> <li>- Usar brincadeiras;</li> <li>- Preparar os pais separadamente para evitar que a criança interprete erroneamente as palavras;</li> </ul> <p><b>⇒ Conceito limitado de tempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar a criança pouco tempo ou imediatamente antes do procedimento;</li> <li>- Disponer de equipamento extra nas proximidades (p. ex, algodões com álcool, agulha nova, adesivos) para evitar atrasos;</li> <li>- Informar à criança quando o procedimento terminar;</li> </ul> |

⇒ **Busca por independência**

- Permitir escolhas sempre que possível, porém ter consciência de que a criança pode ainda ser resistente e negativa;
- Permitir que a criança participe dos cuidados e ajudar sempre que possível (p. ex, segurar num adesivo).

Fonte: adaptado de Algren & Arnow (2006, p. 710)

**Durante** a realização do procedimento, a enfermeira deverá adoptar uma atitude de confiança no contacto com a criança e pais, pois qualquer comportamento revelador de ansiedade poderá provocar também ansiedade na criança e mãe. É fundamental tentar distrair a criança porque quando estas estão ocupadas com uma actividade do seu interesse é menos provável que dêem atenção ao procedimento. A dor aguda dos procedimentos pode tornar-se mais tolerável quando a criança é distraída durante o processo. Outra estratégia para desviar a atenção desta do procedimento que está a ser executado é deixar que ela aperte com força a mão dos pais, cantar uma canção familiar, cantiga infantil, ou fazer com que expresse verbalmente o desconforto.

Os enfermeiros podem facilmente incluir actividades recreativas como parte dos cuidados de enfermagem. A brincadeira poderá ser usada para orientar, para expressar sentimentos ou como método de alcançar um objectivo terapêutico. Consequentemente, ela deve ser incluída na preparação da criança para o procedimento e para encorajar a sua cooperação.

**Após** o procedimento, a enfermeira deverá estimular expressão de sentimentos, reforçando a relação de apoio pois relacionar-se com a criança durante um período tranquilo e sem stresse permite que, ela veja o enfermeiro não apenas como alguém associado a situações stressantes, mas como alguém com quem dividir experiências (Algren e Arnow, 2006). Apesar desta preparação e mesmo seguindo as orientações descritas anteriormente, poderá existir sempre um ambiente de tensão aquando dos procedimentos, principalmente devido à dor provocada na criança e ao sofrimento de muitas mães quando lidam com estas experiências.

Desta forma, por vezes a ansiedade das mães e crianças poderão influenciar a forma como as enfermeiras executam as suas acções durante os procedimentos, sendo que esta ansiedade da díade poderá ser transmitida às enfermeiras, tendo estas que activar também mecanismos de defesa, planeando estratégias de acordo com as situações.

### **Experiência emocional das enfermeiras**

De facto, a Enfermagem, pela natureza e complexidade da sua actividade, representa uma profissão sujeita a riscos, ou seja, o sofrimento dos enfermeiros resultante da

percepção que têm do sofrimento da criança e mãe e a ansiedade que a este se associa. O enfermeiro enquanto ser humano, enquanto pessoa tem sentimentos e reage emocionalmente a uma série de comportamentos evidenciados pela mãe/criança. Da mesma forma, como fonte de apoio, procura auto-controlar-se relativamente à expressão das suas emoções e da sua ansiedade. Assim, também necessita activar estratégias de forma a lidar com situações de stresse, reconhecendo as suas emoções, promovendo o auto-conhecimento, o auto-controlo e desenvolvendo estratégias de *coping*.

De certa forma, o estado afectivo de sofrimento do outro desencadeia em nós um outro estado afectivo diferente, que Scheler denomina como função afectiva de “ser-com”. Não se produz em nós um estado semelhante ao estado afectivo do outro, mas a compreensão que temos do seu sofrimento desencadeia uma intenção de partilha de ser (sofrer) com o outro. (Marçal, 2004)

A experiência emocional na prestação de cuidados assenta na comunicação, na relação com o outro, na libertação e no encontro dos sentimentos com todos os sentidos. Nesta relação tão enriquecedora quanto perigosa, o enfermeiro é confrontado com múltiplas situações emocionais intensas, com os seus afectos, com o turbilhão de afectos do outro, e numa aprendizagem constante. A chave para o bem-estar emocional assenta não em evitar todos os sentimentos desagradáveis, mas sim em educar as emoções, de forma a impedir que os sentimentos negativos dominem (Mercadier, 2002).



## **SEGUNDA PARTE: PROCESSO METODOLÓGICO – Um estudo qualitativo**

---

A fase metodológica de uma investigação visa a escolha de um desenho apropriado com a determinação de um método, a definição da população e amostra, a selecção da técnica de recolha de dados, bem como, a análise dos mesmos (Fortin, 1999).

Após a revisão da literatura efectuada na parte anterior, intrínseca à problemática em estudo, pretendemos nesta parte apresentar o processo metodológico utilizado para concretizar os objectivos que nos propusemos atingir, dando resposta às nossas questões de investigação. Assim, num primeiro subcapítulo iremos referir-nos ao referencial teórico que suporta a metodologia e conceituar o método, justificando a sua escolha; posteriormente iremos descrever como foi planeado o acesso ao campo e iremos caracterizar o terreno de pesquisa, momento essencial para a contextualização do fenómeno em estudo; seguidamente os participantes serão caracterizados e ao mesmo tempo teceremos algumas considerações éticas e referir-nos-emos ao processo de recolha e análise dos dados; por último, descreveremos as limitações do estudo.

Este estudo, tendo em conta o problema e os objectivos, é de natureza qualitativa pois permite a proximidade entre o investigador e o objecto de estudo, colocando-o no local (cena) investigado, abordando um sistema social particular (um serviço de pediatria).

Como descrevem Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa pode ser caracterizada com base em pressupostos:

- i) O ambiente natural é a fonte de dados e o investigador é o seu principal instrumento. O investigador qualitativo preocupa-se com o contexto e entende que as acções são melhor compreendidas quando observadas no seu ambiente habitual de ocorrência. Referem ainda que, o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto em que ocorre, deslocando-se o investigador sempre que possível ao local de estudo;
- ii) É desenvolvida com recurso à descrição, em que é notória uma visão do mundo a partir de dentro e em que todos os dados podem ser fundamentais na procura de pistas para a compreensão do objecto de estudo;
- iii) Há uma forte incidência de interesse em analisar os dados em toda a sua riqueza respeitando a forma como estes foram registados ou transcritos.
- iii) Há um interesse maior pelo processo de investigação do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- iiii) O significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Os investigadores interessam-se particularmente pelo modo como diferentes pessoas dão sentido às suas

vidas. Por outras palavras, os investigadores qualitativos preocupam-se com o que se designa por perspectivas participantes (Erickson, 1986);

iiiiii) Os investigadores tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Assim o raciocínio indutivo movimenta-se do “particular para o geral” (Fieldman referido por Streubert, 2002a), em que as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando.

Também De La Cuesta (1999), num artigo sobre os contributos da investigação qualitativa no campo da saúde, refere-se a este tipo de investigação salientando que se torna fundamental quando se pretende tornar visíveis processos e perspectivas.

Neste sentido, o fenómeno que se pretende estudar enquadra-se neste tipo de metodologia qualitativa porque procura explorar a experiência humana e portanto subjectiva dos participantes, com base nos significados que atribuem ao fenómeno.

A partir dos objectivos deste estudo e tendo por base a delimitação do problema, este estudo será também desenvolvido com base nos pressupostos do paradigma interpretativo. Erickson (1986) refere-se a um tipo de investigação interpretativa englobando um conjunto de abordagens como observação participante, etnografia, estudo de casos, interaccionismo simbólico, fenomenologia, ou abordagem qualitativa. Segundo o mesmo autor, a expressão de “investigação interpretativa” designa um interesse pelo significado conferido pelos actores às acções nas quais se empenharam. Este significado é o produto de um processo de interpretação que desempenha um papel chave na vida social. Assim, o objecto de estudo desta investigação situa-se no paradigma interpretativo, uma vez que o objecto de análise é formulado em termos de acção, uma acção que abrange “o comportamento físico e ainda os significados que lhe atribuem o actor e aqueles que interagem com ele” (1986, p. 127). Face ao objecto o investigador relaciona as formas de comportamento com os significados que os actores lhes atribuem através das suas interacções sociais.

Neste seguimento, o referido autor acrescenta que os significados atribuídos às acções são, na maior parte das vezes, implícitos e inconscientes naqueles que os produzem.

Também referindo-se ao paradigma interpretativo Usher e Bryant (1992) salientam que um aspecto relevante a considerar é a importância que este paradigma atribui à *acção* e à *interacção*. A *acção* distingue-se de conduta porque conta sempre com um significado subjectivo que requer interpretação, o que supõe, entender a intenção do indivíduo ao realizar a *acção*. Por sua vez, as *acções* estão imersas num contexto social e só podem ser identificadas como um tipo específico de *acção* dentro do contexto com regras sociais que a definem.

O significado atribuído à acção por um indivíduo deve ter em consideração as acções de outros. Assim, a acção é recíproca e os significados são interactivos. As acções como têm significados subjectivos, no paradigma interpretativo, o que interessa é compreender o mundo subjectivo da experiência humana.

Face ao exposto, ao pretender explorar como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos às crianças hospitalizadas, tendo em conta os significados que atribuem, desenvolvemos um estudo qualitativo, utilizando na análise dos dados pressupostos da *Grounded Theory*<sup>5</sup>, pois só em contacto directo com o contexto, observando o que fazem e investigando o que dizem, se pode chegar a uma explicação do fenómeno de forma mais válida, familiarizando-se com os padrões da acção e interpretação que correspondem ao universo quotidiano local dos participantes.

Esta investigação foi desenvolvendo ideias que foram orientando a colheita e análise progressiva dos dados:

- A interacção enfermeira – mãe da criança hospitalizada depende da comunicação gerada baseada em influências sócio-culturais
- A interacção depende dos significados que os diferentes actores (enfermeira e mãe da criança hospitalizada) atribuem aos procedimentos dolorosos;
- A interacção ocorre entre mãe-filho, enfermeira-mãe e enfermeira-criança e vice-versa;
- Durante a interacção os actores comunicam verbalmente e não verbalmente.

Com base nestes pressupostos, que implicaram uma aproximação do investigador à cena em estudo procurámos deslindar experiências, emoções, sentimentos e significados das acções para os seus actores.

Após a decisão da natureza do estudo, torna-se fundamental justificar qual de entre as diversas abordagens qualitativas, optámos.

Como era nossa intenção, conhecer como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos dolorosos do ponto de vista psicossocial, e por ser um estudo muito focalizado a um dado processo (processo de interacção), porque a forma de lidar com o fenómeno encontra-se dependente e intrínseca ao processo de interacção gerada no contexto, optámos por uma metodologia que deve ser utilizada quando os temas em estudo estão pouco estudados. Por ser nosso propósito compreender fenómenos como sentimentos, emoções, processo de pensamento associados à interacção, a metodologia

---

<sup>5</sup> Optámos por designar esta metodologia pelo conceito pelo qual os seus descobridores Glaser e Strauss a denominaram: *Grounded Theory*. Apesar de outros autores traduziram a designação para teoria fundamentada nos dados, optámos por manter o termo original.

da *Grounded Theory* torna-se particularmente útil em situações de natureza psicossocial, entre outras, que carecem de teorização. Assim, a opção foi utilizar a *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1998) como referência. Esta metodologia tem como finalidade última a teorização a partir dos dados sistematicamente colhidos e analisados e comparados através do processo de investigação. Mas, como o tempo do estudo não permitiu teorizar com rigor este fenómeno não foi nosso objectivo chegar à teorização, propondo-nos apenas a atingir uma explicação fundamentada do fenómeno utilizando alguns pressupostos descritos por este tipo de metodologia para a análise de dados.

Foi também de carácter descritivo, na medida em que pretendíamos descrever toda a complexidade de casos concretos sem absolutamente pretender obter o geral (Yin, 1994).

Como salienta Erickson (1986), pretende-se utilizar como critério básico de validade os significados imediatos e locais das acções, definidos como ponto de vista dos seus próprios actores. Tal pressuposto insere-se numa concepção naturalista ao considerar-se que qualquer descrição do comportamento humano requer a compreensão dos significados locais para descrevê-lo.

As acções humanas baseiam-se em significados sociais: intenções, motivos, atitudes e crenças. De acordo com o naturalismo, para compreender o comportamento humano devemos aproximar-nos de forma a ter acesso aos significados que guiam esse comportamento. A partir de uma pequena reflexão sobre a vida quotidiana, num serviço de pediatria, observando os diferentes actores em interacção se percebe que, sem dúvida, a pessoa se comporta e se espera que se comporte de forma diferente em função do contexto (Hammersley & Atkinson, 1994).

Estes autores, enfatizam que o objectivo da pesquisa social é capturar o comportamento humano no momento em que naturalmente está acontecendo e tal só é possível por meio de um contacto directo com a cena investigada. A compreensão também como pressuposto defendido por estes autores, indica que cada acção humana envolve uma interpretação de estímulo e a construção de uma resposta. Desta forma, para explicar a acção humana também é necessário compreender as perspectivas culturais, nas quais estão baseadas. Assim se compreende que é fundamental compreender como se produz o processo de interacção entre os diferentes actores enfermeira e mãe da criança hospitalizada com base nos diferentes significados que atribuem aos procedimentos de enfermagem dolorosos.

Como o foco deste estudo são as respostas dos actores na interacção, respostas estas desenvolvidas no contexto dos procedimentos de enfermagem dolorosos, a metodologia

da *Grounded Theory*, constitui-se como metodologia rica para o estudo dos processos e interações sociais, permitindo reter o significado dos acontecimentos para os actores; e tendo como pressuposto que as pessoas agem de acordo com os significados que atribuem às coisas, enfermeiras e mães de crianças hospitalizadas interactuam e respondem de acordo com os significados que os procedimentos de enfermagem têm para elas. Assim, este estudo baseia-se nos princípios do interaccionismo simbólico pois enfatiza a importância do significado para compreender a conduta social e o significado da interacção social num dado contexto.

#### 1- O Interaccionismo Simbólico e a *Grounded Theory* como referência

A *Grounded Theory* pareceu-nos a mais indicada entre as pesquisas qualitativas porque tínhamos como objetivo compreender o processo interaccional. Segundo os seus idealizadores, Glaser e Strauss (1967), esta é a metodologia que procura estudar a acção humana e grupos sociais, através da descoberta de categorias relevantes e suas relações, colocando-as de uma forma nova a partir da visão e compreensão dos sujeitos do estudo.

A *Grounded Theory* é um método de investigação importante para o estudo de fenómenos de enfermagem. Esta metodologia explora os processos sociais básicos. A teoria do interaccionismo simbólico, descrita por George Mead (1964) e posteriormente refinada por Herbert Blumer (1969) está directamente relacionada com este método.

O interaccionismo simbólico conta com a última análise de três premissas criadas por Blumer em 1969:

- a) Os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que as coisas têm para eles;
- b) Esses significados resultam da interacção dos indivíduos uns com os outros;
- c) Esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que encontra.

Ou seja, o pensamento modifica cada interpretação individual dos símbolos. O autor acrescenta ainda que, o significado surge da interacção entre duas pessoas. Segundo esta corrente de pensamento, os seres humanos são actores pragmáticos que ajustam sistematicamente o seu comportamento às acções de outros actores. Tal ajustamento só acontece porque cada ser humano é capaz de interpretar as acções dos outros (Lopes, 2006). Assim, qualquer investigação, de acordo com esta perspectiva, centra-se nas interacções face-a-face, as quais são facilmente observáveis.

O interaccionismo simbólico trata de conhecer o comportamento na interacção social. Bryman e Burgess (1994) salientam que o interaccionismo simbólico pode considerar-se uma escola da sociologia interpretativa.

É considerado como uma ciência interpretativa, uma teoria psicológica e social que pretende representar e compreender o processo de criação e construção de significados de actores particulares, em lugares particulares, em situações particulares e em tempos particulares (Schwandt, 1994).

Outro ponto importante nessa linha de pensamento é a concepção do *self*. O *self* é a visão de si mesmo que cada indivíduo vai criando a partir da interacção com os outros. É, nesse sentido, uma construção social pois, à medida que o indivíduo interpreta as acções e os gestos que lhe são dirigidos pelos outros, vai criando um conceito sobre si mesmo (Mead, 1974).

Strauss e Corbin (1998) definem *Grounded Theory* como uma metodologia cuja finalidade é a teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos e analisados e comparados através do processo de investigação. Como as teorias se originam a partir dos dados, oferecem um guia com maior “substrato” para a acção. Neste sentido, a recolha de dados, a análise e a teoria mantêm uma relação recíproca umas com as outras. Não começa com a teoria para a provar, começa com uma área de estudo, e o que é relevante para essa área emerge.

A *Grounded Theory* é considerada por alguns autores como método de investigação de campo (Carpenter, 2002). Esta investigação de campo, que refere-se a abordagens que exploram e descrevem os fenómenos em ambientes naturais como hospitais, clínicas ambulatoriais ou lares, tem como finalidade analisar de modo profundo as práticas, os comportamentos, as crenças e as atitudes dos indivíduos ou grupos, tais como normalmente funcionam na vida real.

Existem cinco diferenças básicas que diferenciam a *Grounded Theory* de outras metodologias qualitativas. Estas diferenças foram referidas por Stern (citado por Carpenter, 2002):

1. O quadro conceptual da *Grounded Theory* é criado a partir dos dados;
2. O investigador tenta descobrir os processos dominantes na cena social, mais do que descrever a unidade em investigação;
3. O investigador compara todos os dados com todos os outros dados;

4. O investigador pode modificar o rumo da investigação à medida que colhe dados de acordo com o avanço da teoria, abandonando falsas ideias ou questiona mais, se for necessário;

5. O investigador analisa os dados à medida que chegam e começa a codificar, a categorizar, a conceptualizar e a escrever os primeiros pensamentos do relatório de investigação, praticamente desde o início do estudo.

Os três elementos básicos da *Grounded Theory* são os conceitos, as categorias e as preposições. Os conceitos são as unidades básicas de análise. O conceito é uma representação abstracta de um evento, objecto ou acção/interacção, que um investigador identificou como significativa nos dados (Lopes, 2003). As categorias são conceitos derivados dos dados, que representam fenómenos. Por sua vez, os fenómenos são ideias analíticas que emergem dos dados. Descrevem os problemas, preocupações importantes para o que se está a estudar. As preposições são afirmações acerca da relação entre categorias e entre estas e as suas subcategorias.

Assim, tal como já foi referido anteriormente, para os descobridores da *Grounded Theory*, e para outros (Pandit, 1996) a finalidade última é a construção de novas teorias. Para tal, é necessário percorrer uma série de fases, e dentro destas seguir determinados passos, e desenvolver um conjunto de procedimentos técnicos que garantem rigor a todo o processo (Lopes, 2003).

Como vimos, a *Grounded Theory* como metodologia qualitativa, pretende compreender o significado dos fenómenos ou eventos sob a perspectiva dos participantes, sendo esses significados derivados da interacção social estabelecida.

## 2- Acesso ao campo e caracterização do terreno de pesquisa

Como referem Bogdan e Biklen (1994) o primeiro problema com que o investigador se depara no trabalho de campo é a autorização para conduzir o estudo que planeou. Após decidido o alcance do projecto, a próxima etapa é entrar em campo, aceder ao local do estudo, uma unidade social específica, neste caso, uma unidade pediátrica de um Hospital Central. Como o acesso se torna mais fácil quando a finalidade do estudo e os objectivos são nitidamente esclarecidos e se explica como se vai proteger a confidencialidade dos participantes, o primeiro passo para a negociação do acesso consistiu em clarificar os pormenores da hierarquia e das regras da Instituição em questão. Este contemplou procedimentos específicos para conceder autorização aos investigadores que foi redigida formalmente. Foram consultadas pessoas informalmente, hierarquicamente superiores como enfermeira directora, director clínico do serviço de pediatria e enfermeira chefe do referido serviço. Foram igualmente estabelecidos contactos informais com o enfermeiro que integra a Comissão de Ética pois o pedido de autorização passou por esta Comissão.

Após a anuência para a realização do estudo por instâncias superiores estabelecemos um primeiro contacto com membros pertencentes à parte inferior da hierarquia, neste caso, as enfermeiras do serviço de pediatria, a fim de esclarecer os objectivos do estudo e conseguir o seu apoio.

O trabalho de terreno teve início em Agosto de 2007, altura em que foi dada autorização. Mesmo partindo do princípio que não seríamos estranhos à equipa de enfermagem, por termos lá exercido funções durante quatro anos, colocamo-nos como investigadora participante na cena a investigar, no contexto onde o fenómeno ocorria com foco nos procedimentos de enfermagem dolorosos e interacção estabelecida entre a mãe/criança/enfermeira.

Num primeiro contacto com a enfermeira chefe foi discutida a importância do uso de farda, dado que, pela natureza do estudo, a investigadora teria de se apresentar como possível enfermeira da equipa. Outro aspecto também discutido foi a consulta de um manual onde se encontravam normas e regras do serviço (horários de visitas, acompanhantes, etc)

Tornou-se também fundamental descrever e analisar o ambiente social ou contexto social (unidade de pediatria) e funções dos seus membros. Este serviço admite crianças com patologias diversas do foro médico e cirúrgico e de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 1 mês e 14 anos + 364 dias. É permitido um acompanhante

frequente junto à criança em tempo integral. Possui uma lotação de 25 camas, das quais 3 são unidades de isolamento.

Nos turnos da manhã estão três enfermeiras a prestar cuidados e durante o estudo tiveram cinco crianças doentes atribuídas em média. Nos turnos da tarde são duas enfermeiras, assim como, nos da noite. Todas as crianças cuidadas por estas enfermeiras tinham como proveniência o Serviço de Urgência ou Consulta Externa de Pediatria.

Tem-se revelado importante em muita da pesquisa social realizada, que o investigador observe com atenção a conformação estrutural dos espaços em que se desenrola a acção social estudada (Ludke & André, 1986; Triviños, 1994; Bogdan & Biklen, 1994, Burgess, 1997). Não só para comunicar as suas experiências de observação de forma mais completa, permitindo assim uma espécie de visualização verbal, mas porque frequentemente as características físicas são expressão de características sociais. Assim, descreveremos em seguida este contexto físico, iniciando por dar conhecimento da planta da unidade, cedida pela enfermeira chefe, sinalizando com um círculo o local da sala de tratamentos e posteriormente revelando uma imagem mais próxima e natural do ambiente da sala de tratamentos.

### **O espaço físico:**

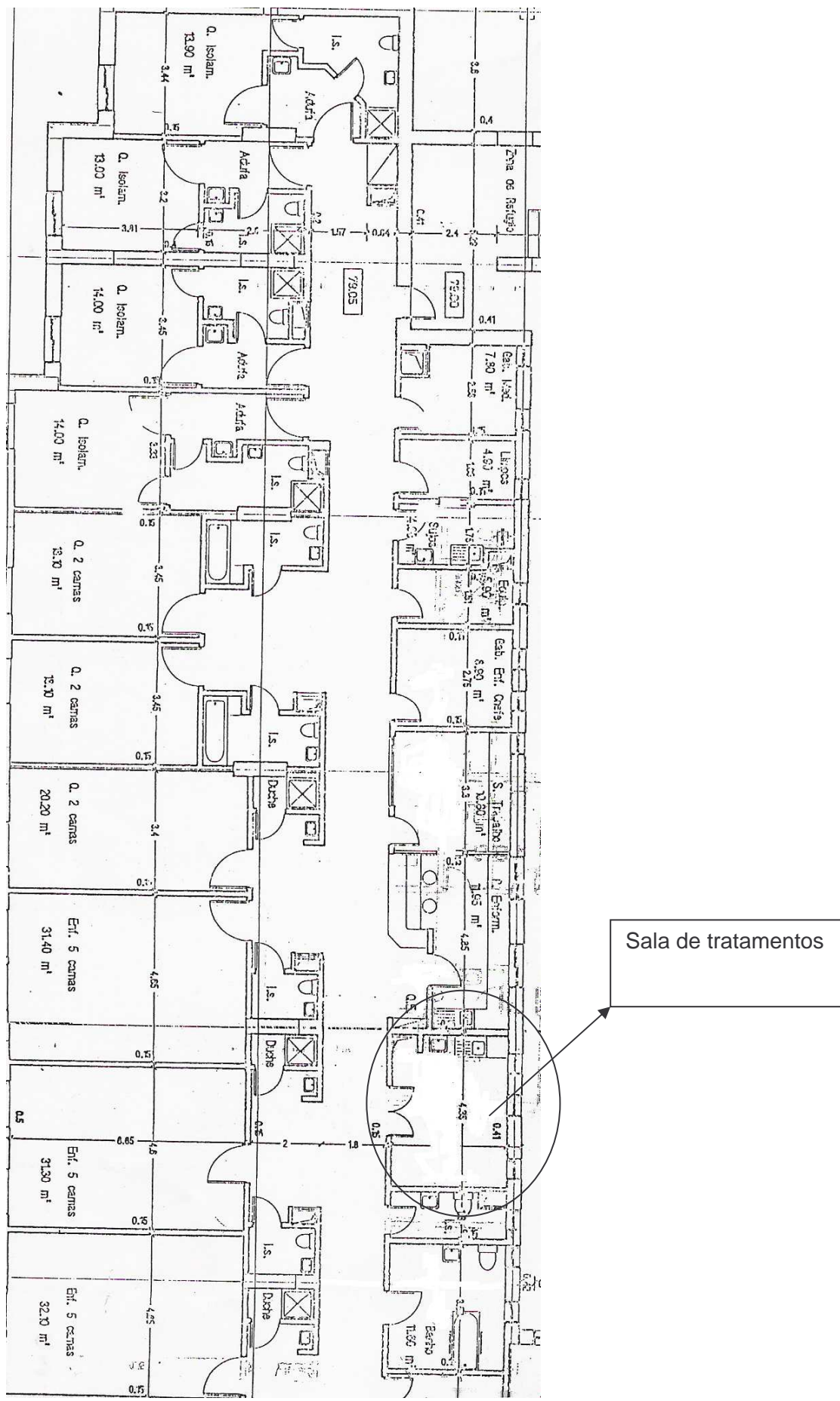


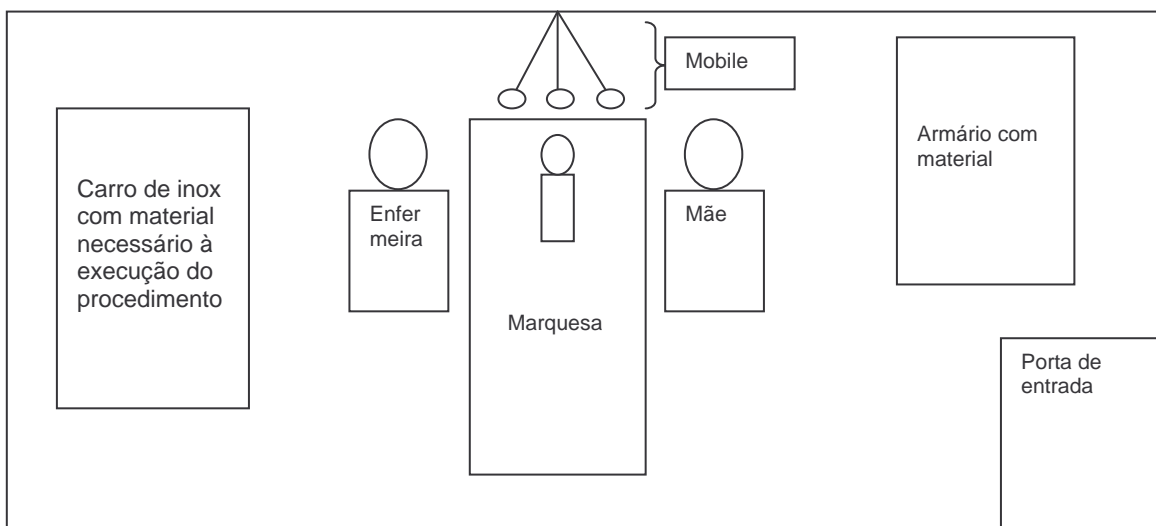
Figura 3 – Planta da Unidade Pediátrica

### **Sala de tratamentos**

A sala de tratamentos reúne num pequeno espaço um variado número de instrumentos técnicos e lúdicos para uso das enfermeiras na realização de procedimentos técnicos mais complexos, dolorosos, ou que exigem um ambiente mais privado e adaptado, por um lado facilitando o trabalho das enfermeiras que facilmente acedem a determinado instrumento necessário em cada ocasião, por outro lado contribuindo para a promoção de um ambiente próprio, com instrumentos lúdicos que permitem a distração da criança.

A observação em contexto das relações sociais dentro desta sala permitiu identificar duas zonas distintas, separadas pela mesa de tratamento (marquesa) a meio da sala. De um lado da marquesa, mais junto da porta e próximo de um armário com material, uma zona onde normalmente a mãe se encontra, dependendo da posição em que a enfermeira se encontra, salientando que, mãe e enfermeira permanecem em lados opostos à marquesa, funcionando esta como barreira à aproximação física entre mãe e enfermeira. Do outro lado da marquesa, junto de um carrinho de inox, em que se encontra o material utilizado com maior frequência, organizado, encontra-se a enfermeira. Aos pés da marquesa encontra-se um lavatório onde as enfermeiras lavam as mãos e colocam o material pronto a esterilizar, os armários com o material, o caixote de lixo (normal e biológico); junto ao topo superior da mesa, normalmente encontra-se a enfermeira ou auxiliar que auxilia na imobilização da criança ou mesmo durante a realização do procedimento (segurar os frascos, passar os frascos, passar o garrote). Por cima da mesa, pendente, encontra-se um mobile, com bonecos coloridos e música calma que se destinam a desviar a atenção da criança do acto que está a ser realizado. As paredes são de cor bege com faixa colorida, evidenciando bonecos apelativos com cores fortes.

Figura 4 – Disposição física da sala de tratamentos



### 3 – Os participantes e os aspectos éticos

Streubert (2002b) refere-se aos indivíduos do estudo não como sujeitos mas como informantes ou participantes, ilustrando uma posição que, não se age nas pessoas que fazem parte da investigação mas estas são activas no estudo. Também Morse (1991) refere que o envolvimento activo dos participantes no estudo permite a melhor compreensão das suas vidas e das suas interacções sociais.

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. Patton (1990) intitulou este tipo de amostragem como amostra intencional, que também tem sido designada por amostra teórica (Strauss & Corbin, 1998). A amostra teórica utilizada na *Grounded Theory* é um tipo particular de amostra intencional. O que importa salientar é que, ambos os termos denotam que há um compromisso de observar e entrevistar pessoas que tenham experiência na cultura ou fenómeno de interesse.

Foi cada vez mais necessário focalizar a evolução do estudo e a selecção dos participantes pois a questão inicial de investigação foi: como se processa a interacção entre enfermeira e familiar da criança hospitalizada durante os procedimentos de enfermagem? À medida que o estudo decorria e tendo em conta algumas afirmações de alguns participantes (“foi terrível assistir às picadas quando ele tinha um mês, quando ele era mais pequeno...agora tem quatro anos, já percebe algumas coisas”), e dados da literatura em que as crianças até aos dois anos são mais sensíveis à dor (Algren, 2006) fomos canalizando a questão: como se processa a interacção entre enfermeira e familiar da criança hospitalizada (lactente e até aos dois anos) durante os procedimentos de enfermagem? Seguidamente, como os participantes foram só mães a pergunta focou apenas a interacção entre enfermeira e mãe. Em relação aos procedimentos de enfermagem, desde cedo verificámos que, os procedimentos dolorosos provocam um maior nível de ansiedade entre os actores presentes na interacção e implicavam um maior contacto da enfermeira com a mãe e criança. Assim a questão final desenvolveu a seguinte estrutura: *como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos?* Isto porque dada a riqueza dos dados, o termo *lidam* seria mais vasto para o que pretendíamos explorar, apesar desta forma de lidar se evidenciar no contexto, e como resultado do processo de interacção.

Neste sentido, a nossa selecção do grupo de participantes teve como critério o facto de se encontrarem a vivenciar o fenómeno que pretendíamos explorar, isto é, mães de

crianças (lactentes e até dois anos) e enfermeiras do serviço, quando se encontrassem a interagir no contexto da execução dos procedimentos dolorosos.

Após formulada a questão, fomos seleccionando os participantes à medida que decorria o estudo e novas informações iam surgindo. Seguidamente, apresentaremos um resumo que ilustra a caracterização das mães e crianças hospitalizadas. Atribuímos nomes fictícios às crianças, denominando as suas mães como, a título de exemplo, mãe da Joana.

Num total, 10 mães participaram no estudo, com idades que variaram entre os 19 e os 40 anos, 9 casadas e 1 separada, com escolaridades variáveis desde o analfabetismo a licenciatura, residindo 6 em meio rural e 4 em meio urbano; 3 delas com história de contacto anterior com o contexto do estudo. O momento de colheita de dados variou de acordo com as situações, sendo que, algumas observações e entrevistas foram realizadas, 6 no dia de admissão da criança, 1 com 3 dias de internamento, 2 com 4 dias de internamento e 1 com 8 dias de internamento. Foram realizadas 10 observações mas apenas 7 mães foram entrevistadas.

Relativamente às crianças, referir-nos-emos em termos de idade, procedimentos executados, número de tentativas para executar com sucesso o procedimento e diagnósticos médicos. Assim, a idade variou entre 1 mês e 2 anos, sendo os diagnósticos variáveis, situações agudas e não urgentes, cirurgias programadas e realização de exames. Foram realizados 3 tipos de procedimentos diferentes: 8 punções venosas, 1 aspiração de secreções e 1 entubação nasogástrica. No que concerne às punções venosas, dada a fragilidade venosa de algumas crianças, assistimos a diferentes tentativas de punção até ao sucesso do procedimento: 1 punção em 4 crianças; 2 punções em 2 crianças; 4 punções em 1 criança e 6 punções em outra criança;

Relativamente à caracterização das enfermeiras, optámos por não fazer uma descrição detalhada porque facilmente seriam identificadas, tendo em conta essas mesmas características.

Faremos uma caracterização generalizada, expondo aspectos como idade, habilitações literárias, tempo de serviço profissional e tempo de serviço em pediatria. Assim, a idade variou entre 25 e 38 anos; como habilitações literárias todas as enfermeiras são licenciadas; o tempo de serviço profissional variou entre 4 e 11 anos; o tempo de serviço em pediatria variou entre 10 meses e 11 anos. No quadro abaixo, representámos esta caracterização:

Quadro 3 – Caracterização das enfermeiras

|                                      | <b>Nº de enfermeiras</b> |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|
| <b>Idade</b>                         | 25 Anos                  | 1 |
|                                      | 33 Anos                  | 3 |
|                                      | 34 Anos                  | 2 |
|                                      | 36 Anos                  | 1 |
|                                      | 38 Anos                  | 1 |
| <b>Tempo de serviço em pediatria</b> | 10 Meses                 | 1 |
|                                      | 18 Meses                 | 1 |
|                                      | 4 Anos                   | 1 |
|                                      | 7 Anos                   | 1 |
|                                      | 9 Anos                   | 2 |
|                                      | 10 Anos                  | 1 |
|                                      | 11 Anos                  | 1 |
| <b>Tempo de serviço profissional</b> | 4 Anos                   | 1 |
|                                      | 9 Anos                   | 2 |
|                                      | 10 Anos                  | 4 |
|                                      | 11 Anos                  | 1 |

(Dados relativos a Outubro de 2007)

Era nossa intenção, para maior riqueza dos dados, entrevistar uma enfermeira especialista em enfermagem pediátrica mas esta encontrava-se a desempenhar funções não no serviço de pediatria mas sim na Consulta externa de pediatria.

Entrevistámos apenas as enfermeiras que observamos na execução dos procedimentos dolorosos e que interagem com as mães. Uma das enfermeiras, apesar de ter sido observada, não foi entrevistada, por ser encontrar de atestado e posteriormente de férias. Assim, foram observadas 8 enfermeiras e entrevistadas 7.

Os investigadores qualitativos exploram a natureza interior do participante com o maior respeito pela sua perspectiva e espaço. Assim, e respeitando a dignidade da pessoa como ser humano, teceremos algumas considerações éticas relativamente à protecção dos participantes. Incluímos as considerações éticas neste subcapítulo dos participantes por considerarmos que, tudo aquilo que pensamos em qualquer investigação, refere-se sem dúvida à protecção dos mesmos, como por exemplo, quando optamos por não identificar o Hospital foi pensando nos participantes e garantindo que não seriam identificados.

### **Aspectos éticos**

O trabalho de campo apenas teve início após anuência do estudo pela Comissão de Ética do Hospital. Como seríamos, não um elemento estranho para a equipa, mas um membro já em certa parte “efectivo” e conhecido da equipa tivemos sempre muito cuidado no sentido de garantir a todos os participantes, directa ou indirectamente envolvidos, que seriam respeitados os seus direitos humanos.

Assim, como refere Streubert (2002b) independentemente do paradigma de investigação, a protecção dos participantes do estudo é importante. Obter o consentimento informado, manter a confidencialidade dos dados, situações e pessoas e reter informação mais sensível foram as considerações éticas com os participantes desta investigação:

- Consentimento informado: foi efectuada a descrição dos riscos e benefícios potenciais da participação, sendo explicitado (como descrito no Apêndice 1 relativo ao documento de consentimento informado) que há sempre possibilidade dos participantes desistirem ou modificar aquilo com que inicialmente concordaram.
- Os investigadores nunca poderão colocar em risco um grupo de participantes para colher dados.

Segundo a autora supracitada, deveremos ainda salvaguardar, na escrita da dissertação, a identidade dos participantes, não revelando características que possam identificá-los e tal foi respeitado como visível através do seguinte exemplo: algumas enfermeiras nas suas entrevistas referiram-se ao tempo de serviço sendo este ocultado porque facilmente

esta enfermeira seria identificada pelas outras colegas da equipa, visto ser uma equipa pequena, na altura formada por 13 elementos.

Foi ainda transmitido às enfermeiras que iríamos utilizar letras do alfabeto para identificá-las, que as cassetes seriam destruídas após concluído o estudo e que a transcrição seria efectuada apenas por nós.

Foi respeitada a vontade de uma enfermeira em não ser efectuada a gravação com áudio, sendo a mesma realizada tirando notas em forma de tópico e validada posteriormente pela participante. De forma geral, pensámos ter assegurado todos estes pontos fundamentais para preservar a dignidade e o respeito pela pessoa. Importa ainda salientar que, as enfermeiras referiram que não se sentiram intimidadas porque consideravam-nos como ainda elementos da equipa, o que facilitou de certa forma a expressão das suas experiências relativamente ao fenómeno em estudo, e por vezes, após validação das notas de campo diziam: “ah...eu disse isso? Olha nem me apercebo que estás a observar o que fazemos!”

Relativamente às mães, houve situações em que observámos sem consentimento inicial porque, como afirma Streubert (2002b) se for uma situação importante para o estudo e urgente, não havendo tempo para pedir autorização no momento, poderá ser pedida autorização, após os dados serem colhidos, para estes serem utilizados. Em duas situações as mães recusaram ser entrevistadas mas concederam autorização para os dados da observação serem utilizados.

#### 4- Estratégias de colheita de dados

Ao adoptarmos o método das comparações constantes para o estudo que pretendíamos realizar, estávamos conscientes que a evidência daquele fenómeno só se revelaria através de uma observação naturalista no contexto onde o fenómeno ocorre (contexto da prática de cuidados). Neste sentido, pareceu-nos oportuno utilizar como técnica de recolha de dados a observação participante em que nos colocaríamos na cena a investigar. Entendemos também realizar a entrevista informal e formal pois consideramos que complementaria a observação das práticas. Houve também necessidade de entrevistarmos em maior profundidade participantes-chave (Spradley, 1979; Costa, 1986 Goetz & LeCompte, 1988;), que nos dariam uma compreensão mais profunda do fenómeno em estudo.

Utilizamos ainda outros meios de informação para a recolha de dados: consultámos processos clínicos com o objectivo de analisar que informações seriam registadas pelas enfermeiras relativamente à relação terapêutica com a mãe e criança;

Obtivemos ainda algumas informações importantes através da secretária de unidade, a quem recorremos com alguma frequência.

Assim, com estes diferentes instrumentos de colheita de dados, e reconhecendo que da triangulação destes poderíamos obter informações válidas e complementares, partimos na descoberta de como lidam mãe e enfermeira com os procedimentos dolorosos à criança hospitalizada (lactentes e crianças até aos dois anos), acreditando sempre que existem muitas realidades a descobrir e que seria pela compreensão do significado atribuído por cada actor ao fenómeno em estudo que contribuiríamos para a construção de algum do conhecimento de enfermagem.

Passaremos a definir e descrever a forma como estes métodos foram utilizados.

##### 4.1- Observação participante

Inserido numa nova visão do mundo, como afirma Santos (1987), “ (...) o conhecimento científico avança pela observação descomprometida e livre, sistemática e tanto quanto possível rigorosa dos fenómenos naturais.” (p. 13). Acrescenta ainda que, a experiência não dispensa a teoria prévia, o pensamento dedutivo, mas força qualquer deles a não dispensarem a observação dos factos.

Para observar os investigadores da pesquisa qualitativa utilizam métodos para fazer uma observação, sistemática e detalhada, dos comportamentos e das conversas, observando e registando o que as pessoas fazem e dizem. O investigador entra no mundo social ou

nos contextos nos quais os participantes estão inseridos, tentando colher dados sistematicamente de forma discreta.

A ordem dos factos sociais e o sentido das acções, por ser mutável e própria de cada acto interaccional, deve ser considerada a cada nova interacção. Assim, a pesquisa de campo é importantíssima para a efectivação desta forma de pensar. O pesquisador deve observar directamente o quotidiano das relações estabelecidas pelos actores sociais e procurar recuperar o sentido que eles dão a cada acto, no contexto em que se inserem, temporal e espacialmente.

A finalidade da observação participante é apreender o ponto de vista dos participantes, a sua relação com a vida, conhecer a sua visão do mundo. A decisão para utilizar métodos de observação, é influenciada, de certa forma, pelo modo como as actividades e as interacções num dados contexto são sentidas, para dar significado aos fenómenos a serem investigados. Os métodos de observação podem revelar comportamentos ou rotinas de que os próprios participantes não estão conscientes (tal foi evidenciado quando questionávamos as enfermeiras sobre qual a intenção de algumas acções por elas realizadas, e estas respondiam “nunca me tinha apercebido disso”).

Os interaccionistas tendem a estudar a interacção social através da observação participante, referindo que a imersão e o contacto próximo na vida do dia-a-dia dos participantes é fundamental para compreender o significado das acções, a definição da situação e o processo através do qual os actores constroem a situação através da interacção (Lopes, 2006).

Esta observação implica a presença do investigador no meio do contexto estudado. Goetz e LeCompte (1988) acrescentam que a melhor forma de compreender os significados que os actores atribuem aos seus comportamentos, neste caso, quando interagem, é participar nesse ambiente desempenhando funções semelhantes e pertencer ou conhecer profundamente a subcultura onde participam os sujeitos objectos de estudo.

As interacções numa determinada unidade de cuidados ocorrem num contexto permeado por uma multiplicidade de significados que, por sua vez, fazem parte de um universo cultural que deve ser estudado pelo investigador. Para compreender e descrever esse universo o investigador deve fazer uso da observação participante que envolve observação, anotações de campo, entrevistas e análise documental. O objectivo é compreender e descrever a situação, revelando seus múltiplos significados. Erickson (1986) refere que, a observação participante procura descrever os significados de acções e interacções, segundo o ponto de vista de seus actores.

A escolha por esta técnica de colheita de dados, em nossa opinião pareceu-nos a mais adequada uma vez que, só no contexto natural, em interacção contínua com os participantes poderemos de facto conhecer como lidam com o fenómeno (acções, emoções, respostas, percepções, interpretações). Na verdade e como salientam Ludke e André, “ é quase impossível entender o comportamento humano sem tentar entender o quadro referencial na qual os indivíduos interpretam os seus pensamentos, sentimentos e acções. (...) O pesquisador deve tentar encontrar meios para compreender o significado manifesto e latente dos comportamentos dos indivíduos (...)” (1986, p. 15). Estas autoras referem-se ao período de permanência do observador em campo. Contrariamente aos estudos antropológicos e sociológicos, em que o investigador permanece no mínimo seis meses e frequentemente vários anos convivendo com um grupo, alguns estudos têm sido muito mais curtos. Verificaram ainda que, em alguns estudos, esse tempo variava de seis semanas a três anos, com ampla variedade dentro desse intervalo.

Deste modo, a decisão sobre a extensão do período de observação deve depender, acima de tudo, do tipo de problema que está a ser estudado e dos objectivos do estudo. Um aspecto que deve ser levado em conta nessa decisão é que, quanto mais curto o período de observação, maior a probabilidade de conclusões apressadas, o que poderá comprometer a validade do estudo. Por outro lado, um longo período de permanência em campo por si só não garante validade. O que importa é ter em conta outros factores, como a habilidade e experiência do observador, a possibilidade de acesso aos dados, a receptividade do trabalho pelo grupo e a finalidade dos resultados (Ludke & André, 1986).

A observação foi efectuada em três momentos: antes, durante e após os procedimentos de enfermagem, pois criou-se todo um ambiente em que é fundamental a interacção. O antes referia-se ao momento em que a enfermeira se deslocava ao quarto para avisar a mãe que o procedimento seria executado, terminando com a entrada na sala de tratamentos. O durante teve início quando mãe e criança entravam na sala de tratamentos e terminava após a concretização com sucesso do procedimento. O após teve início com o término do procedimento e o acompanhamento, desde a sala de tratamentos até ao quarto da criança, ou quando deixasse de existir presença física entre a enfermeira e a criança/mãe.

O período de observação realizou-se ao longo de dois meses, de 27 de Agosto a 25 de Outubro de 2007 prolongando-se o período de entrevistas às enfermeiras por mais dois meses, de acordo com a disponibilidade destas. Colocamo-nos na cena a investigar em média durante 2-3 horas por dia, 2-3 vezes por semana aguardando momentos em que seriam executados procedimentos de enfermagem, nomeadamente em turnos da manhã (das 8h às 16h) e da tarde (das 16h às 23h). Estendemos a observação ao sábado e

domingo oportunamente, na tentativa de observar os procedimentos quando ocorriam. Devido ao facto de cedo nos integrarmos na equipa e sermos desde cedo aceites como investigadora, foi combinado que, sempre que ocorressem procedimentos de enfermagem dolorosos planeados, contactassem com a investigadora. Tal só foi possível após as 17h e aos sábados e domingos por motivos profissionais. Os períodos de observação privilegiaram momentos de contacto com as enfermeiras e interações de continuidade (antes ou após o procedimento consideradas relevantes para o esclarecimento das questões em estudo) e relacionadas com os procedimentos de enfermagem dolorosos.

Quanto ao tempo de observação efectivo durante a execução dos procedimentos dolorosos, este variou dependendo do tipo de procedimento, reacção da mãe e da criança, dificuldade venosa da criança e consequentes tentativas de punção, urgência da situação, variando entre 20 e 40 minutos.

Alguns autores referem-se a diferentes níveis de participação do observador, sugerindo numa primeira fase uma observação sem participação (Spradley, 1980; Goetz & LeCompte, 1988; Gómez, Flores & Jiménez, 1999; Adler e Adler, 1994; Léssard-Herbert, Goyette & Boutin, 1994; Patton, 1990; Trivinos, 1994). Apesar destas recomendações, iniciamos logo como observadora participante, por um lado por já não ser uma estranha para o serviço e por outro, pois logo desde o início, ser solicitada para auxílio durante os procedimentos, por exemplo, solicitando-me para passar compressas, garrotar e auxiliar na imobilização da criança, o que se tornou muito vantajoso para o reingresso no seio do grupo, aproximando-me o mais cedo possível da realidade a observar. Consideramos valioso o facto de já termos trabalhado na unidade anteriormente porque as enfermeiras depressa nos consideraram um dos do grupo e, assim, pudemos identificar os participantes privilegiados mais facilmente, o mesmo acontecendo em relação ao uso do gravador para registar pequenas conversas.

Relativamente às mães, tentávamos estabelecer de imediato uma relação de confiança apenas observando interações e pedindo consentimento após algum tempo de interacção com os mesmos.

Logo no início de cada observação chegávamos à sala de processos onde se encontrava o quadro com informação das crianças internadas. Tínhamos a preocupação de registar o número do berço, nome da criança, patologia e presença ou não de soro ou catéter heparinizado. Questionávamos as colegas relativamente a altas breves, pois interessaria-nos crianças e mães internadas há pouco tempo e com internamentos mais

prolongados pois o objectivo era tentar estabelecer uma relação mais próxima com estas de forma a conseguir mais facilmente que falassem.

Consultávamos ainda, a folha com notas de enfermagem em que são retirados dados durante a passagem de turno, folha essa que acompanhava as enfermeiras durante os procedimentos para posterior registo das informações do turno, inclusive de todos os procedimentos: colheitas de sangue, punções para soro, medicação, pensos efectuados, entre outros.

Antes de cada observação consultávamos ainda os processos, quando disponíveis para registo de dados relevantes do familiar acompanhante e criança.

Ao longo do trabalho de campo, o guião de observação foi sendo construído e reformulado com base na nossa necessidade de observar comportamentos e momentos de interacção, incidindo sobre aspectos relativos à relação enfermeira-mãe, enfermeira-criança e mãe-criança e relativamente aos três momentos já descritos anteriormente, sendo o resultado final como descrito no Apêndice 2.

Grande número de investigações qualitativas recorre a diversas técnicas de colheita de dados que se complementam. Também a observação participante é muitas vezes associada à técnica de entrevista, normalmente com o fim de triangular os dados. (Léssard-Herbert et al., 1994).

Quando terminávamos a observação geralmente combinávamos com as mães e com as enfermeiras quando poderíamos proceder à realização das entrevistas.

Um dos aspectos fundamentais da observação participante ainda não referido é a introspecção e a capacidade do observador em analisar os dados numa perspectiva “emic” e “etic” (Spradley, 1980), como membro da cena investigada, desempenhando as mesmas funções dos participantes e numa perspectiva mais externa ao grupo, como investigador subjectivo. Nesta perspectiva, o investigador não deve temer influenciar os dados através de um processo de interpretação subjectiva e pessoal, já que a subjectividade da interacção e, portanto, da interpretação é precisamente uma das características da técnica.

Face ao exposto, e porque qualquer investigação que utilize a metodologia da *Grounded Theory* requer uma interacção interpessoal, o investigador, inevitavelmente, faz parte da sua observação, assumindo um papel fundamental como instrumento no decorrer do trabalho de campo. É sobre a importância deste aspecto que nos centraremos de seguida.

#### 4.1.1- Papel do investigador

O investigador como instrumento é outra característica da investigação qualitativa, o que implica a consciência e a aceitação de que faz parte do estudo. Uma das situações mais difíceis que se apresentam ao investigador que quer estudar a realidade social, o fenómeno que está ocorrendo é a de definir com clareza a sua função. O investigador é uma pessoa que deseja conhecer aspectos da vida de outras pessoas (Triviños, 1994).

Lofland e Lofland (1995) referem que há que ter sempre presente que a observação participante difere de outros métodos de investigação uma vez que é o investigador que selecciona os objectos de observação, decide o que perguntar e confirma os seus interesses no decurso da investigação, o que contrasta com outros métodos de investigação em que os objectos de observação são claramente definidos antes de iniciar a colheita de dados.

O investigador participa, observa e pergunta, e a interrogação (conversa informal) junta-se à observação como instrumento de investigação.

Hutchinson e Wilson (2001), referem que a *Grounded Theory* como requer interacção com os participantes, o investigador, inevitavelmente, constitui parte integrante das suas observações diárias. Este como participante na cena social começa por observar, entrevistar e entrevistas de natureza informal como forma de validar o que observou. Outra característica fundamental no investigador é a sua capacidade de se relacionar com os participantes, de criar uma certa empatia com estes o que é essencial num tipo de investigação como este.

De La Cuesta (2003) considera, de igual modo, o investigador como instrumento na investigação acrescentando que, é um sujeito com uma biografia e perspectivas próprias que condicionam a pergunta, como pergunta e o que interpreta. Assim, ele converte-se num instrumento de recolha de dados e encontra-se mergulhado no seu papel quando interpreta os dados, funcionando como veículo para obter dados e compreender a experiência do outro. Deste modo, a investigação é construída como produto das decisões que toma.

Strauss e Corbin (1998) identificaram competências ou características básicas que um investigador de *Grounded Theory* deve apresentar: a habilidade para “dar um passo atrás e analisar criticamente as situações, para reconhecer e evitar preconceitos, pensar abstractamente, obter dados válidos e fiéis, ser sensível às palavras e acções dos participantes e uma certa habilidade para manter a distância necessária e dedicação ao processo de trabalho” (p. 7). Isto significa que, para produzir uma investigação de *Grounded Theory*, os investigadores necessitam de excelentes competências

interpessoais, de observação e de habilidade para escrever, no sentido de colocarem num discurso rigoroso o que aprenderam com os participantes.

#### 4.2. Entrevista

Assim como a observação, a entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. A abordagem interaccionista, que dirige os seus estudos para a acção/interacção entre as pessoas, considera a linguagem como o mais importante símbolo e propõe que a compreensão dessa acção/interacção se dê por meio da explicação expressa pelo actor. Só podemos entender o que está a ocorrer se entendermos o que os actores acreditam sobre o mundo, através da linguagem. Assim, além da observação participante, o investigador deverá conduzir entrevistas formais e reconstruir a realidade do ponto de vista dos actores (Charon, 1989).

A entrevista é uma das opções de colheita de dados qualitativos, apresentando as seguintes vantagens: proporcionar oportunidade para esclarecer o participante, permitir flexibilidade ao questionar este ao determinar a sequência e ao escolher as palavras apropriadas, e finalmente permitir maior avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento não verbal do participante.

A entrevista pode ser do tipo formal ou informal. A entrevista formal baseia-se num plano determinado de acção e é utilizada quando se deseja obter informações em profundidade. As entrevistas formais podem ser estruturadas ou não-estruturadas. A entrevista estruturada tem a premissa de que, todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de perguntas e as diferenças reflectirão as diferenças entre os indivíduos. Na entrevista não-estruturada (em profundidade, intensiva), o entrevistador nem sempre tenta obter o mesmo tipo de resposta usando o mesmo tipo de perguntas. O objectivo é obter as informações com as próprias palavras dos respondentes, obter descrição das situações e elucidar detalhes (Chenitz & Swanson, 1986).

Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele. Quivy e Campenhoudt (1995), referem que durante a entrevista instala-se uma verdadeira troca em que o participante exprime as suas percepções de um acontecimento, de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências enquanto que, o investigador tem o papel de facilitar essa expressão, evitar que ela se afaste dos objectivos da investigação, permitindo que o participante aceda a um grau de autenticidade e profundidade.

Este estudo utilizou também como estratégia a entrevista semi-estruturada, semidirigida ou semidirectiva no sentido em que, não foi inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de questões precisas. Foram também realizadas entrevistas informais que surgiram durante o trabalho de campo, uma consequência natural da observação participante, de forma a poder compreender com maior clareza e profundidade o significado atribuído pelos participantes ao fenómeno e até aos seus comportamentos. Neste sentido, Poisson (1991) afirma que uma conversação amigável e informal, sem uma verdadeira entrevista, pode ser uma ocasião de obter informações de importância primordial.

Devido à *Grounded Theory* sofrer a influência da corrente do interaccionismo simbólico, o investigador centra-se na interacção dos problemas e processos sociais, iniciando as entrevistas com perguntas gerais, abertas e avançando para perguntas mais específicas acerca de estratégias, processos e consequências (Hutchinson e Wilson, 2007). Neste sentido, foram elaboradas algumas questões guias, relativamente abertas em que se tornou imperativo receber uma informação por parte do entrevistado, não sendo as questões colocadas pela ordem em que estavam anteriormente formuladas. O guião foi sofrendo algumas alterações no decorrer do trabalho de campo visto que cada entrevista após transcrita era imediatamente analisada e os códigos relevantes comparados e orientando a entrevista seguinte. Ao guião foram ainda acrescentadas algumas questões específicas de acordo com os dados observados relativamente a cada participante (guiões de entrevista às mães e enfermeiras, construídos ao longo do trabalho de campo em apêndice 3 e 4). Modificar o guia da entrevista é considerada uma prática comum na *Grounded Theory* pois permite focalizar a análise e desenvolver as categorias que emergem do estudo, tornando o guião mais estruturado com base nas categorias que emergiram e não em ideias pré-concebidas. Tal não invalidou que tivesse moldado a informação obtida, sendo guiada também por uma certa sensibilidade teórica e social da investigadora adquirida durante o trabalho de campo.

Léssard-Hérbert et al. (1994) referem que a entrevista pode contribuir para contrariar determinados enviesamentos atribuídos à observação participante, dado que a recolha de dados derivados dessa técnica, pode de algum modo ser distorcida pelo menor ou maior grau de etnocentrismo do investigador. Por outro lado, Werner e Schoepfle (referidos por Léssard-Hérbert et al, 1994) propõem que os dados da observação e da entrevista sejam tratados separadamente pois consideram que, ao contrário de outros autores que defendem que os dados da observação complementam os da entrevista e vice-versa, o relacionamento ulterior dos dois tipos de dados não deveria ter como

objectivo confirmar uns através dos outros, mas sim descobrir desvios (“discrepancies”) problemáticos entre si.

Com o objectivo de os participantes se sentirem mais confortáveis, a escolha do local onde seria realizada a entrevista foi deixado ao critério deles. Assim, a maioria das mães escolheu o quarto onde se encontrava com o filho, o que foi permitido se esta se encontrasse sozinha no quarto com este. Quando se encontravam outras mães no quarto, foi sugerido, de forma a assegurar a confidencialidade e permitir alguma privacidade, que a entrevista tivesse lugar na sala de acolhimento. Entretanto era combinado com a mãe a melhor altura para a sua realização (por exemplo, quando o bebé se encontrasse a dormir, quando na hora da visita estivesse presente algum familiar que pudesse assegurar os cuidados à criança enquanto a mãe se encontrasse a conversar connosco). A maioria dos profissionais de saúde escolheu o seu local de trabalho, fora do horário de prestação de cuidados ou em suas casas.

De forma a reduzir as possibilidades de interpretação subjectiva que como seres humanos poderíamos ter ao reconstituir as falas dos participantes, foi pedida autorização para gravar as entrevistas, sendo negada a utilização do gravador apenas por uma enfermeira, alegando sentir-se constrangida, o que foi de imediato aceite e a entrevista realizada por meio de conversa e escrita no mesmo instante. Por ser um método contínuo com os dados, as entrevistas foram transcritas logo após a sua realização e validadas, dando oportunidade aos participantes de ler e alterar algum aspecto que considerassem importante; alguns não quiseram fazê-lo referindo que “confiavam na investigadora”. Às mães foi dada oportunidade para ouvir a gravação após a entrevista uma vez que, o tempo que mediava entre a entrevista e a transcrição, poderia em algumas situações de internamento ser curto e não dar oportunidade destas analisarem a transcrição no papel. Assim realizamos a entrevista intercalando-as com a transcrição, o tratamento dos dados e a análise deles. Esses procedimentos permitiram decidir que perguntas deveríamos acrescentar ou reformular nas entrevistas subsequentes, que pessoas entrevistar e em que locais, sempre com a finalidade de seleccionar participantes de acordo com a necessidade de validar alguns aspectos e apresentar uma amostra diversificada, pois considerámos ser na diferença que reside a riqueza dos dados e não na quantificação dos mesmos.

Destes procedimentos resultaram 7 entrevistas com mães, logo após a transcrição das observações como forma de validar a informação colhida através da observação e 7 entrevistas a enfermeiras. As entrevistas com as enfermeiras foram elaboradas após alguma reflexão e análise dos dados da observação e das entrevistas com as mães, por sentirmos necessidade de reflectir sobre os dados até então colhidos. Assim, decorrente

das observações decidimos deixar as entrevistas com as enfermeiras para a parte final do trabalho de campo com o intuito de fundamentar melhor o guião de entrevista semi-estruturada a estas, com algumas variações, decorrentes das diferenças de comportamento observadas entre as enfermeiras.

Antes da realização de cada entrevista dávamos oportunidade ao participante de ler o guião previamente e optar pela sequência das questões, o que aconteceu em três entrevistas a enfermeiras relativamente a uma primeira questão que sugeriram que fosse colocada em último lugar.

## 5- Registo das informações

A observação participante permite recolher dois tipos de dados. Os dados registados nas *notas de campo* (descrição narrativa) e aqueles que o investigador anota no seu *diário de bordo* (compreensão).

Neste estudo as notas de campo foram registadas seguindo as orientações de Bogdan e Biklen (1994), que salientam a importância de “narrar” (NC - nota de campo) tudo o que é observado e de seguida, “reflectir” (comentários do observador, semelhantes aos memorandos sugeridos por Strauss & Corbin, 1998). Foram atribuídas iniciais relativamente à forma como foram colhidos os dados: E – entrevista; NC – nota de campo (observação e entrevista informal); M – memorando (que reflectiam entre outros, comentários do observador); As observações eram registadas em matriz construída previamente pelas investigadoras (apêndice 5).

### ♦ Relativamente às entrevistas:

- Às enfermeiras, foi atribuída uma letra do alfabeto (de A a H) podendo ler-se em **EEG** – entrevista à enfermeira G;

- As mães, foram denominadas como “mãe + nome da criança”, podendo ler-se em **EMJoão** – entrevista à mãe do João;

### ♦ Relativamente às notas de campo:

- Foi atribuído um número pela ordem das observações, podendo ler-se em NC2 – nota de campo 2; nesta nota de campo estão incluídas observações e entrevistas informais referentes às enfermeiras, mães e crianças, sendo estas identificadas como anteriormente referido, **EG** (enfermeira G) e **MJoão** (Mãe do João);

### ♦ Relativamente aos memorandos:

- **MNC2** (memorando da nota de campo 2);

- **MEEG** (memorando da entrevista realizada à enfermeira G);

Lofland e Lofland (1995), relativamente às notas de campo, salientam que as “anotações diárias são, num sentido pleno e real, os dados.” (p.65). Como é óbvio, há limitações à quantidade de informações que é possível memorizar. Estes autores aconselham a que as notas sejam registadas o mais depressa que se puder, uma vez que, o tempo que passa pode fazer perder a vivacidade dos detalhes. Assim, nesta investigação, após cada observação deslocávamo-nos para um gabinete do serviço que nos permitisse registar os dados em silêncio, em caderno próprio (caderno de campo), assim como as reflexões e comentários e aspectos a validar nas próximas observações, e após o registo das

informações elaborávamos um pequeno guião de entrevista focalizando alguns aspectos de forma a validar igualmente o que era observado relativamente às mães e enfermeiras.

Outros autores (Schatzman & Strauss, referidos por Moreira, 2007) referem-se às notas de campo como um registo vivo, baseado numa concepção interactiva das etapas de investigação. Estas notas, além da função de recolha de dados, ajudam a criar e a analisar os dados, encaminhando e reorientando a investigação. Estes autores sugerem ainda que se proceda à elaboração de sínteses para facilitar revisões o que foi efectuado logo após cada registo de observação. (Apêndice 6)

Logo após o trabalho de campo diário as informações eram sujeitas a análise.

## 6- Processo de análise de dados: comparações constantes

Na análise dos dados seguimos os procedimentos preconizados pela *Grounded Theory* para compreender como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos. Esta metodologia é considerada por Strauss (1987) como uma estratégia para analisar dados. Assim, guiamo-nos pelas orientações de Strauss e Corbin (1998) pela facilidade de acesso à informação. Neste método uma característica essencial é a comparação constante de diferenças e semelhanças entre o que se observa e o que é dito e vivido pelos participantes.

A análise de dados foi acontecendo simultaneamente à colheita dos mesmos, de forma constante e comparativa, conforme os pressupostos da *Grounded Theory*. Assim, os dados foram analisados e organizados sistematicamente com o objectivo de permitir a sua compreensão e o desenvolvimento de hipóteses, comparando estas com outras previamente desenvolvidas e descritas pela literatura inerente ao fenómeno em estudo.

A *Grounded Theory* exige que os investigadores colham, codifiquem e analisem os dados desde o início do estudo. Hutchinson e Wilson (1991) referem que este é um método circular o que permite aos investigadores mudar o foco e seguirem pistas reveladas pela análise contínua dos dados. Assim, o processo de colheita, codificação e análise de dados ocorre em simultâneo.

À medida que foram colhidos os dados através das observações, notas de campo, entrevistas, começamos a codificá-los, correspondendo à etapa de **codificação aberta** descrita por Strauss e Corbin (1998).

Nesta etapa os dados foram analisados linha-a-linha, parágrafo a parágrafo emergindo códigos. Segundo estes autores, corresponde ao processo de analisar os dados, comparando-os por similaridades e diferenças, conceituá-los e categorizá-los em forma de códigos. Assim, após a transcrição dos dados em papel A4, foi desenhada uma tabela com duas colunas. Na primeira da esquerda de maior largura era registada a entrevista, na segunda coluna, mais estreita era dado espaço para elaborar a codificação, como mostra o exemplo abaixo (extracto retirado de entrevista à enfermeira H):

Quadro 4 – Exemplo de codificação

| <i>Extractos do verbatim</i>   | <i>Códigos</i>  |
|--|---|
| <b>A primeira coisa, <u>informo os pais que tipo de procedimento é que se vai efectuar. Vou ao quarto da criança explico qual é o procedimento...</u>normalmente, <u>não é bem pedir</u></b> | Informar os pais sobre o tipo de procedimento<br>Explicar qual é o procedimento<br>Intenção de explicar: obter aceitação pela |

|   |  |
|---|--|
| <p><b><u>uma autorização confirmada, mas é uma aceitação pela parte dos pais que a gente vai fazer aquele procedimento à criança... e, depois levo o menino porque às vezes os pais não querem acompanhar a criança, preferem, sentem-se incomodados e preferem não ir...a gente tem de respeitar essa decisão. (EEH)</u></b></p> | <p>parte dos pais</p> <p>Pais não querem acompanhar a criança</p> <p>Razões para os pais não acompanharem a criança: sentem-se incomodados</p> <p>Respeitar decisão dos pais</p> |
|---|--|

Na codificação de nível I, os códigos são designados por códigos substantivos porque codificam a substância dos dados e utiliza-se frequentemente as palavras dos participantes (Stern referido por Carpenter, 2002).

Strauss e Corbin (1998) definem códigos como unidades básicas de análise, em que incidentes e eventos são referidos em termos conceituais. Considerámos esta codificação inicial um pouco morosa, mas extremamente interessante devido à quantidade de códigos que iam emergindo. À medida que nomeávamos estes códigos, sentimos necessidade de ir pensando e registando possíveis categorias porque não pretendíamos perder a contextualização das unidades de análise.

Terminada a codificação inicial, pelo processo de comparação, passámos a agrupar os códigos por diferenças e similaridades, formando assim as categorias, como exemplificámos a seguir:

Quadro 5 – Exemplo de categorização

| <b>Códigos (dados da observação)</b>   | <b>Categoria</b>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar colaboração da mãe</li> <li>- Explicar sobre o procedimento</li> <li>- Informar sobre local de punção</li> <li>- Questionar se quer assistir</li> <li>- Incentivar mãe a assistir</li> <li>- Obter informações sobre locais anteriores de punção</li> <li>- Orientar para distrair a criança</li> </ul> | <p>Intenção da enfermeira quando comunica verbalmente com a mãe durante o procedimento</p> |

Para categorizar, e de acordo com Strauss e Corbin (1998), torna-se fundamental identificar os significados dos códigos, pois eles devem ser agrupados a partir de conceitos. Desta forma, seguiríamos de forma mais correcta o processo de categorização que é definido por estes autores como um processo de agrupar conceitos que parecem pertencer ao mesmo fenómeno.

De salientar que, cada uma das categorias foi conceptualizada mas o primeiro nome dado à categoria não foi o definitivo, sendo os nomes das categorias alterados no

decorrer da análise e à medida que as entrevistas prosseguiam até chegarmos a um que representasse de forma clara o significado dos códigos agrupados.

A codificação de nível II (codificação axial) exige o uso do método comparativo constante no tratamento dos dados. Nesta fase, após codificação dos dados estes foram comparados e agrupados por semelhanças e diferenças e atribuídos a uma categoria de acordo com uma adequação óbvia. Neste processo tornou-se fundamental pôr em evidência as propriedades de uma categoria e suas dimensões assim como identificar a variedade de condições, acções e interacções e consequências associadas ao fenómeno em estudo, e relacionar uma categoria com subcategorias através de afirmações que demonstrassem como é que se relacionam umas com as outras. Nesta fase procedemos também à elaboração de diagramas, para permitir uma mais clara visualização dos dados no seu conjunto, incluindo as relações entre as categorias e subcategorias. Nesta fase foram colocadas questões aos dados como: porquê, como, quando, de forma a descobrir estas relações entre categorias.

Este processo foi muito moroso e cansativo devido à quantidade de dados emergentes e dificuldade de criar relações, diferenças e semelhanças, cruzamento de dados provenientes de várias fontes diferentes (observação, comentários, memorandos, entrevistas a mães e entrevistas a enfermeiras).

A partir destas relações, num nível mais abstracto, procedemos à codificação de nível III, e chegámos à categoria central:

*Respostas de mães e enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos*

A escolha da categoria central obedeceu a alguns (dada a natureza do estudo que não pretende desenvolver uma teoria) dos critérios descritos por Strauss e Corbin (1998): a) deve ser central, isto é, todas as outras categorias devem estar relacionadas com ela; b) deve aparecer frequentemente nos dados, isto é, em todos ou quase todos os casos deve haver indicadores que orientem para o conceito; c) a explicação em redor da categoria central deverá ser lógica com as outras categorias e não demonstrar relações forçadas.

Embora a codificação aberta e a codificação axial sejam procedimentos de análise distintos, durante o processo global de análise o investigador alterna entre estes dois tipos de procedimentos. De facto, durante o processo de codificação axial (codificação de nível II) o investigador move-se constantemente entre o pensamento indutivo e dedutivo. Se, por um lado, o investigador define categorias que subentendem uma relação entre outras categorias, por outro tem de proceder a um movimento de verificação destas

relações junto dos dados. Assim, este processo de estabelecimento de relações entre categorias inerente à codificação axial também obedece ao princípio do método de comparação constante, pelo que as construções são sempre provisórias, sendo o passo final a construção da teoria e a relação entre conceitos a partir da categoria central. (Fernandes & Maia, 2001)

Ao longo da investigação recorreremos também à elaboração de memorandos que reflectiram comentários do investigador tanto sobre os dados, como também das categorias, subcategorias e suas relações, constituindo um importante contributo para a discussão dos dados. Alguns foram elaborados na fase de codificação I em que, por dificuldade em analisar alguns extractos linha-a-linha sentimos a necessidade de analisar determinadas sentenças ou parágrafos para daí reter a ideia major. Desta ideia, resultava a elaboração de um memorando, que continha então, a ideia major desse parágrafo e podendo conter alguns comentários acerca dessa ideia. De seguida, daremos um exemplo de um memorando sobre um evento específico:

*Tentam novamente o menino chora mais alto e a enfermeira E diz: “ah, agora estás te queixando”. Olha para o local do cateter e diz: “uma nica de sangue, mas como é que é possível, oh pequenino”. Não conseguem e dizem “amanhã as colegas tentam”. Mas a enfermeira E pega no garrote e tenta visualizar novamente os locais para puncionar e pede à enfermeira B um cateter branco (de menor calibre). Tenta, vem sangue mas não conseguem, o menino redobra o choro (puncionam no pé) a mãe que segurava uma mão do menino, neste momento segura na outra mão e encosta a sua face à do filho. Quando as enfermeiras introduzem o soro heparinizado infiltra e revelam novamente expressão de preocupação com a dor do menino e a enfermeira E diz à mãe, ao fim da 4ª tentativa: “olhe Sr.ª não vamos tentar mais, não vamos “espicaçar” mais o menino. As nossas colegas que vão fazer noite hão-de tentar. A mãe sorri e pega no menino ao colo e a enfermeira E diz: “querido, pronto” (NC10)*

**Memorando:** Ao fim de algumas tentativas tomam a decisão de parar, decisão que parece ter a ver com a dor sentida pela criança, então poderemos dizer que a tomada de decisão depende do tipo de avaliação feita pela enfermeira; enfermeira avalia a situação e age conforme a avaliação que faz. Será que podemos pensar em processo de avaliação?

- Parece que o contacto físico que a mãe estabelece com o filho depende muito da intensidade do choro da criança e sua reacção, funcionando a aproximação como uma protecção da mãe face à dor do filho;
- É notória uma preocupação da enfermeira com a dor da criança e uma explicação posterior à mãe que vão parar devido à dor;
- Parece que a mãe no final sorri como forma de alívio.
- Parece haver relação entre o número de tentativas e o processo de tomada de decisão.
- Como pertencente ao fenómeno relação enfermeira/criança podemos incluir a preocupação com dor

- Na categoria sentimentos da mãe após o procedimento poderemos incluir o alívio (também referido pela mãe durante a entrevista).

Outros memorandos mas, com reflexões sobre a relação entre categorias são apresentados de seguida:

#### **“Memorando – dia 5 de Outubro”**

*Na interacção durante os procedimentos dolorosos podemos falar em 3 tipos de interacção: interacção mãe-enfermeira, interacção mãe-criança, interacção enfermeira-mãe e interacção enfermeira-enfermeira. Estão sempre associados sentimentos, emoções. Os extractos do verbatim foram organizados de acordo com o sentido de cada frase ou parágrafo, tendo sido difícil encontrar uma palavra ou conceito, pelo que, organizamos em pequenas frases ou ideias e nomeámos de códigos. Ao longo da entrevista fomos “arranjando” algumas ideias para não perder a informação e o sentido atribuído pela enfermeira ao tema assim como o seu contexto.*

*Há pontos que poderemos organizar após esta análise:*

*A enfermeira cuida a criança mas tem noção que cada criança tem uma família, responsável pelos cuidados básicos (dar banho, alimentar) e pelos “miminhos”.*

#### **“Memorando- dia 11 de Outubro”**

*Poderemos dividir em 3 momentos, descritos pela enfermeira: antes, durante e após o procedimento.*

**Antes:** *Acções da enfermeira*

*Acções da mãe;*

**Durante:** *Razão da comunicação verbal da enfermeira com a mãe*

*Razão do choro da mãe na perspectiva da enfermeira.*

*Estratégias utilizadas pela enfermeira para acalmar a criança.*

*Significado do procedimento para a enfermeira e seu efeito na criança e na mãe*

*O facto de a criança já ter passado por experiências traumatizantes anteriormente provoca maior agitação e dificulta a execução do procedimento. Então, a enfermeira adopta algumas estratégias: para o procedimento, orienta os pais para acalmar a criança e espera até a criança se acalmar. Após aclamar retoma o procedimento. (considera esta intervenção positiva para o sucesso do procedimento).*

**Após:** *Acções para acalmar a criança e só depois a mãe.*

A revisão da literatura acompanhou todo o processo de análise intensificando-se na parte final do trabalho realizado.

Para assegurar e manter o rigor do processo de investigação, atendemos aos critérios e técnicas descritas por Léssard-Herbert et al. (1994). Assegurámos a *credibilidade* evitando o enviesamento da interpretação da informação, através de um contacto repetido com os participantes para validação ao longo do processo de pesquisa.

A *validade*, como processo por meio do qual o investigador se certifica de que aquilo que ele deseja observar, o que realmente observa e o modo como a observação é levada a cabo se adequam ao objectivo da investigação, foi assegurada no decorrer do processo de análise com orientadora do estudo. No caso específico da observação, Kirk e Miler (referidos por Léssard-Herbert et al., 1994) referem que, a presença no grupo a observar é bastante eficaz no sentido que faz ressaltar as contradições que possam existir entre as interpretações inferidas pelo investigador e a dos participantes. Esta sensibilidade ao meio pode permitir determinados tipo de validade próprios da investigação no terreno.

A validação durante o processo de categorização foi efectuada com orientadora do estudo e, por necessidade de haver outro olhar, de pessoa externa ao trabalho, foi efectuada por enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

De modo a assegurar a *fidelidade* do estudo, foi preocupação constante explicitar todos os procedimentos e processos mentais utilizados tanto na observação como no decorrer da análise dos dados. Garantimos não só o registo da informação recolhida no decurso das entrevistas e observações como, também, das notas pessoais produzidas no decorrer da análise.

Outro aspecto que importa salientar é que, apesar destes pressupostos terem sido cumpridos, dado o tempo disponível para efectuar o estudo, não foi possível obter a saturação teórica das categorias. Nunca é demais lembrar que, como referimos na introdução deste estudo, o nosso objectivo seria chegar a um modelo explicativo e descrever o fenómeno com base nos dados, e não desenvolver uma teoria. Apesar de os nossos resultados serem baseados numa amostra pequena, pensámos que são suficientes para permitir reflexões, até porque, muitas das nossas acções são inconscientes e o facto de estarmos a observar comportamentos de outras pessoas é uma forma dessas pessoas tomarem consciência dos seus actos, permitindo uma reflexão e dando a conhecer também a razão dos comportamentos dos outros.

## 7- Limitações do estudo

Ao longo da realização desta investigação identificámos diferentes aspectos que, não os conseguindo corrigir, também devido a alguma inexperiência da investigadora, se constituem os mais relevantes para reflectir e expor neste momento.

Antes de mais nada, gostaríamos de referir que, devido à escassez de estudos de investigação sobre o tema e grande parte da bibliografia relativa a documentos sobre interacção mãe e enfermeira durante os procedimentos dolorosos ser na sua grande maioria de literatura estrangeira, limitou um pouco a discussão dos dados porque, existindo, permitiria melhorar o nível de reflexão e comparar os dados com estudos já efectuados.

Por outro lado, dada a grandeza e complexidade do fenómeno em estudo, com as diferentes estratégias de colheita de dados, reconhecendo que a amostra seria reduzida, era nossa intenção realizar um estudo mais aprofundado, o que não foi possível devido à pouca disponibilidade de tempo para aumentar os conhecimentos necessários para a sua compreensão.

O facto de as entrevistas às enfermeiras terem sido realizadas posteriormente às das mães, sensivelmente, um mês depois, também por alguma inexperiência da investigadora por pretender em primeiro lugar, “realizar uma coisa de cada vez” e pretender também reflectir primeiro sobre os dados já colhidos entretanto

Apesar destes aspectos, não queríamos deixar de referir que o trabalho de terreno constituiu-se como um grande desafio, um trabalho sempre motivante pela diversidade dos casos e dados, pela relação estabelecida com as mães e enfermeiras, pelas diferentes estratégias de colheita de dados que contribuíram para uma validação sempre constante; também, pelos dados que superaram as expectativas relativamente aos resultados, o que considerámos muito positivo, porque, uma coisa é pensar no que vamos encontrar e outra coisa é depararmo-nos com dados que não contaríamos descobrir e que se tornaram demasiadamente importantes e interessantes devido ao “rodopio” constante entre dados de entrevistas às mães, entrevistas às enfermeiras, observação de comportamentos e actividades, e a própria subjectividade das investigadoras na interpretação que fizeram dos dados.



### **TERCEIRA PARTE: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS – Respostas de mães e enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos**

---

A parte escrita de um documento, baseado numa metodologia qualitativa do tipo *Grounded Theory*, obriga o investigador a utilizar a sensibilidade teórica que foi adquirindo ao longo de leituras e contacto com os dados, de modo a poder contar uma história sobre o modo como o problema alvo de estudo emergiu. Desta forma, serão apresentados os dados, os resultados e respectiva discussão. A razão desta opção prende-se com necessidade de englobar estes três aspectos em consonância e em simultâneo de forma a permitir uma clara exposição.

Pretendíamos compreender como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos. Nesse sentido organizámos a reflexão à volta de três pilares:

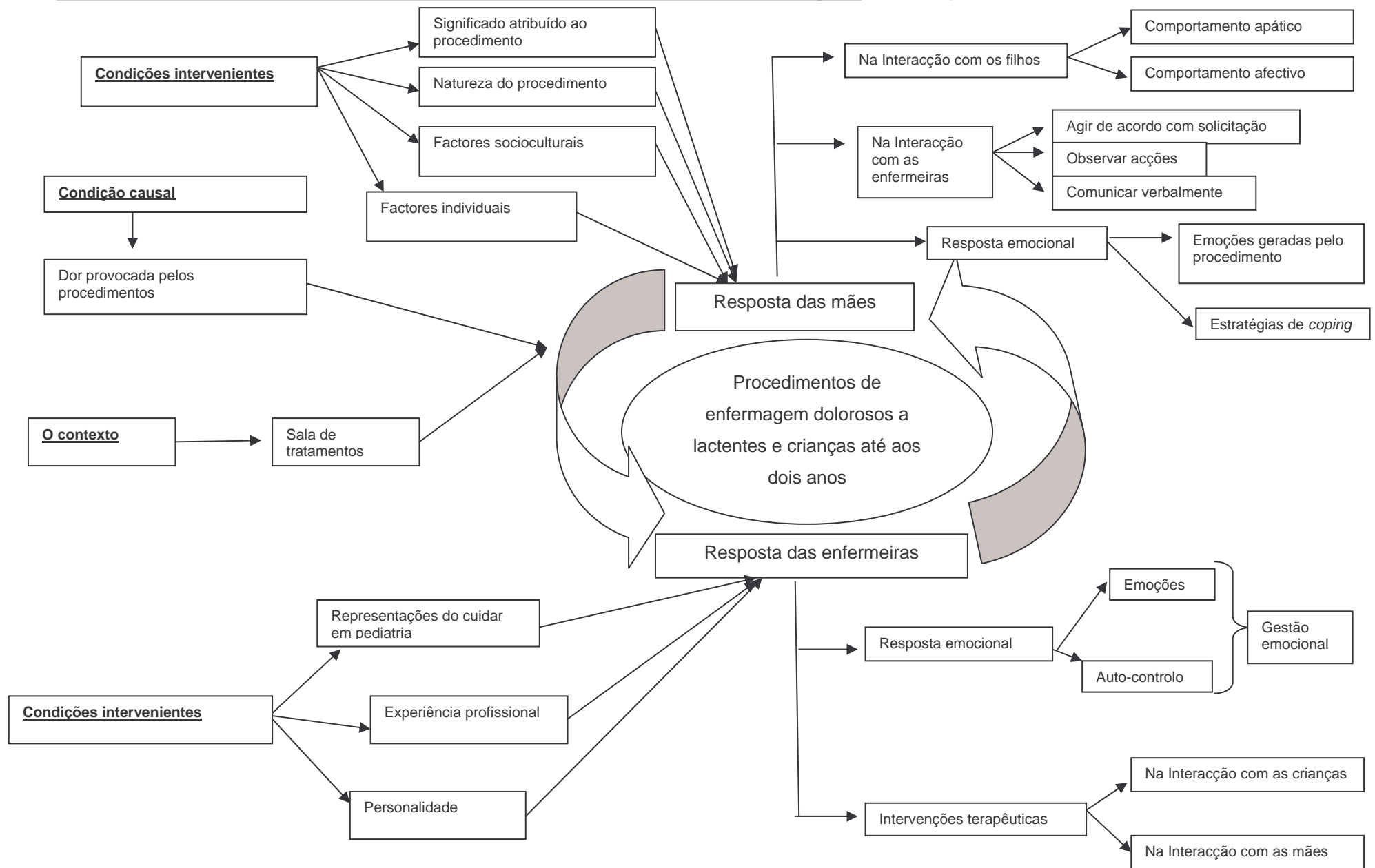
- a) O conteúdo das entrevistas semi-estruturadas às mães e enfermeiras;
- b) As notas de campo obtidas durante a observação participante realizada no serviço de pediatria, em que se evidenciaram comportamentos tanto das mães, como das enfermeiras e crianças durante os procedimentos dolorosos, no contexto da interacção;
- c) Memorandos nos quais foram registadas reflexões ao longo da investigação sobre os dados, categorias e subcategorias emergentes;

Numa unidade pediátrica todos sabemos e não podemos evitar a execução de procedimentos de enfermagem que provocam dor à criança. Este estudo pretendeu explorar o que se passa no momento em que um procedimento doloroso é executado. Estes procedimentos, como centro, provocam dor nas crianças e, conseqüentemente, produzem um tipo de resposta tanto nas mães como nas enfermeiras. Estas respostas são, por sua vez, interdependentes, uma vez que toda a acção provoca uma reacção, e comportamento gera comportamento.

Os resultados incidiram à volta de duas dimensões interactivas, que exerceram influência mútua, entre si: **resposta das mães e resposta das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos**. O processo de análise permitiu a identificação de temas, que serão descritos de seguida, relativamente às dimensões já referidas.

Considerando que estas respostas não poderão ser desligadas do contexto onde os procedimentos dolorosos ocorrem, ainda que este contexto também seja resultante de

um determinado padrão interaccional, verificamos uma circularidade de influências mútuas. Assim, apresentaremos o diagrama final, sendo que, posteriormente, apresentaremos cada resposta individualmente:



As setas largas circulares significam que, uma vez que os comportamentos da fonte não ocorrem independentemente dos comportamentos do receptor ou vice-versa, em qualquer situação de comunicação, fonte e receptor são interdependentes. Berlo (1999) afirma que um indivíduo A e outro indivíduo B só serão independentes se, e somente se um não influenciar o outro. Daí esquematizarmos esta interdependência em forma de setas uma vez que as respostas das mães e das enfermeiras são interdependentes e mutuamente influenciáveis. Este tipo de interdependência é denominado pelo autor de interdependência de acção e reacção em que, mãe e enfermeira servem de fonte e receptor, cada qual influencia o outro, as respostas de um são determinadas pelas respostas do outro. A reacção do receptor é consequência da resposta da fonte.

Organizámos este esquema, baseando-nos em alguns conceitos descritos por Strauss e Corbin, relativamente à etapa da codificação axial. Desta forma, referimo-nos à condição causal, ao contexto e às condições intervenientes no tipo de resposta dos actores.

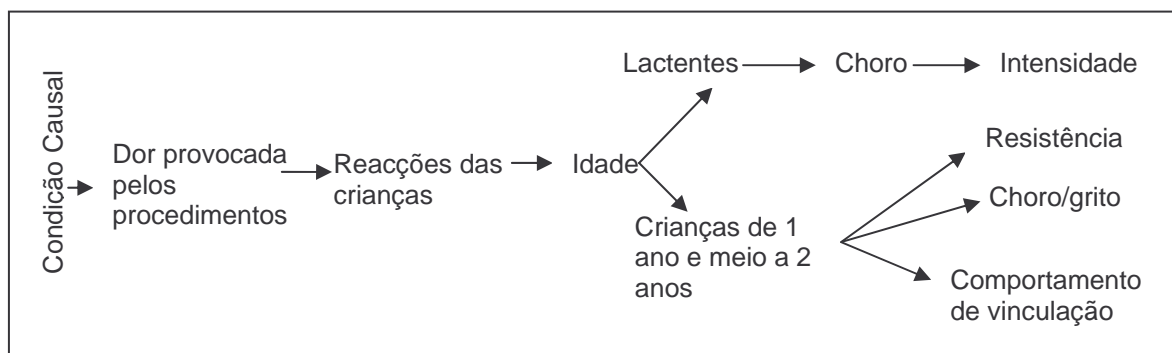
Iniciaremos a apresentação através de diagramas que identificam as dimensões, as categorias e subcategorias e conseqüentemente os códigos que deram origem a essas categorias e analisaremos progressivamente.

### 1- Condição causal

Como **condição causal** referimo-nos ao evento que levou ao desenvolvimento do fenómeno que, neste estudo, referimo-nos à dor provocada pelos procedimentos. Isto é, as reacções das crianças à dor originam padrões de resposta tanto nas mães como nas enfermeiras.

#### 1.1- Dor provocada pelos procedimentos de enfermagem

Diagrama 1 – Condição causal: dor provocada pelos procedimentos



Na categoria “**Dor provocada pelos procedimentos**” agrupámos as reacções de acordo com a idade das crianças, em dois grupos distintos: lactentes e crianças de 1 ano e meio a 2 anos. E porque achamos pertinente falar na idade da criança? Por um lado,

porque apresentam diferentes reacções à dor, por outro lado porque nas ciências sociais e humanas a idade é utilizada frequentemente como sendo um dado natural.

Nos diversos estudos sobre crianças, a idade é habitualmente, um dado importante para caracterizar a criança e a tipificar em relação a um conjunto de dados adquiridos. A idade nas teorias de Freud, Spitz, Bowlby ou Piaget, caracteriza a fase de desenvolvimento da criança sendo um elemento estruturante no estudo e avaliação do desempenho da criança ao permitir caracterizar a criança e o seu comportamento, à luz de determinada teoria. Assim, ser criança (para os adultos) ainda hoje é sinónimo de pequenez, dependência ou fragilidade. Ser criança é viver numa fase de desenvolvimento do Homem onde se necessita de cuidados e de protecção (Nabais, 2005).

Quando quem adoece é uma criança, o modo como ela reage e a interacção com o cuidador vai ser fundamental para o seu bem-estar psicológico. Portanto, as reacções da criança dependem, não somente do seu nível de desenvolvimento cognitivo e emocional, da capacidade adaptativa prévia, do grau de sofrimento, como também do significado que a doença tem para a criança e para seus pais, da relação pais-filhos e da resposta da criança frente à reacção dos pais. (Lewis e Volkmar referidos por Figueiredo & Schermann, 2001).

Relativamente aos **lactentes** podemos dizer que, a sua reacção à dor é principalmente demonstrada pelo **choro**, que varia de **intensidade** de acordo com as crianças. Relativamente a isto, Silva et al., (2006) referem que, o comportamento materno tende a estar sob o controlo dos estímulos que partem do bebé, isto é, o comportamento materno varia em função do estado ou do nível de actividade do bebé (choro, sorriso). Também Bowlby (1998) se refere ao choro como um estímulo capaz de chamar a atenção da figura de apego.

Assim, é de acordo com a intensidade do choro que mães e enfermeiras respondem: *A bebé redobra o choro com a terceira tentativa. A mãe mantém-se tensa, quase sem reacção, a olhar fixamente para o que a enfermeira faz. (NC5)*

No seguinte memorando podemos averiguar também que, de acordo com a intensidade do choro a mãe realmente aproxima-se mais do filho como resposta, e numa tentativa de o proteger:

*Tentam novamente o menino chora mais alto e a enfermeira E diz: “ah, agora estás te queixando”. Olha para o local do cateter e diz: “uma nica de sangue, mas como é que é possível, oh pequenino”. Não conseguem e dizem “amanhã as colegas tentam”. Mas a enfermeira E pega no garrote e tenta visualizar novamente os locais para puncionar e pede à enfermeira B um cateter branco (de menor calibre). Tenta, vem sangue mas não conseguem, o*

*menino redobra o choro (puncionam no pé) a mãe que segurava uma mão do menino, neste momento segura na outra mão e encosta a sua face à do menino. (NC10)*

Memorando (MNC10): Parece que o contacto físico que a mãe estabelece com o filho depende muito da intensidade do choro da criança e sua reacção, funcionando a aproximação como uma protecção da mãe à dor do filho;

Pelo contrário, se os lactentes se mantêm pouco chorosos, por exemplo, as mães podem manter-se mais calmas: *O Rodrigo após a punção não chora, mantém a chucha na boca, apenas se encontrando a chuchar (NC10); Quando a enfermeira D puncionou, o bebé chorou baixo e logo de seguida acalmou. A mãe manteve-se calma e disse que pensava que ia ser pior. Parece que a fraca intensidade do choro do bebé contribui para a mãe manter-se calma, assim como a enfermeira. (MNC7)*

Para as enfermeiras, puncionar uma criança maior, com mais ou menos um ano e meio, influencia o seu tipo de resposta porque, dada a sua maior resistência à execução do procedimento, sentem maior dificuldade em imobilizá-la: *(...) pela minha experiência, uma criança com 2 anos já sabe o que é que vai acontecer, o que vão fazer, que vão magoar, já memoriza mais o acontecimento anterior que seja idêntico e, já tem um bocadinho mais de força que um bebé, consegue ser mais resistente e é mais difícil a gente conseguir manter uma criança de 2 anos imobilizada que uma criança de 1 ano ou uma criança de meses, porque uma criança de 2 anos, algumas já conseguem verbalizar que têm dor, que têm dói-dói, pronto, isso depende também do grau de desenvolvimento da criança (EEC)*

As enfermeiras também consideram natural a **criança com um ano e meio** ou mais chorar antes de entrar na sala, pois conseguem associar a sala à dor: *(...) a partir de um ano e meio eles já têm noção que, já conhecem o espaço bem, a sala onde vamos proceder ao procedimento, aí a criança já pode reagir de outra maneira, chorar antes de entrar na sala e isso já pode interferir com o estado de espírito da mãe e mesmo connosco porque temos de tentar acalmar a criança já aí (...)* (EEG)

Para a enfermeira F a criança *(...) precisa de gritar, de espernear (...)* e é também uma maneira de acabar por dizer que não está a gostar daquilo que estão a fazer, que está sentida, que está magoada com as pessoas. (EEF)

Após as observações efectuadas, para as mães de lactentes a resposta é mais intensa e associada a um maior sofrimento porque os consideram seres frágeis e pequeninos para sofrer: *(...) é uma dor cá dentro, não sei explicar, é um sufoco vendo aquela criatura tão pequenina já a sofrer daquela maneira (EMMaria).*

Para as mães de crianças com mais de 1 ano a preocupação maior, assim como para as enfermeiras (como vimos anteriormente), é a resistência: *(...) eu tinha receio era disso (...)* não sei se vão conseguir por o soro, porque ele é um miúdo muito irrequieto e, para ver, as

*análises foi três pessoas de roda dele, para lhe segurar e não conseguiam segurar, ainda foi um penar para conseguir. (EMRui)*

Aliás, estudos demonstram que 60% das enfermeiras acreditam que é a restrição dos movimentos da criança durante o procedimento e não a dor, provocada pelo próprio, que provoca uma reacção pior na criança, originando aumento dos níveis de ansiedade destas e de seus pais (Collien, referido por Melhuish & Payne, 2006).

Vejamos que, para além da resistência é comum assistirmos em crianças maiores também ao **choro e grito**: *O Rui grita, chora e dirige-se para a mãe (NC4)*. Na parte final deste extracto constatámos um tipo de **comportamento de vinculação**, em que a criança busca apoio na mãe: *O Manuel entretanto chora e abraça a mãe no pescoço, erguendo os seus braços. (NC8)*

Resumindo, podemos afirmar que, a reacção da criança à dor, dependendo da sua intensidade, origina tipos de respostas tanto nas mães como nas enfermeiras. Considerámos estas reacções como condições causais também pelo facto de, antes do procedimento ser executado, o receio e preocupação das mães e todas as acções de enfermagem se dirigem à criança no sentido de minimizar ao máximo essa dor, canalizando todas as respostas para esse fim. Um exemplo disso é que, as mães e as enfermeiras respondem porque sabem, à partida, que o procedimento irá provocar dor.

## 2- O contexto da interacção

Numerosos estudos demonstraram já amplamente a grande influência exercida pela situação sobre todos os aspectos da comunicação e da interacção (Argyle, Furnham e Graham, referidos por Bitti & Zani, 1997), colocando em evidência a necessidade da análise específica da situação se se quiser explicar e interpretar o comportamento social e, portanto, também o comportamento comunicativo.

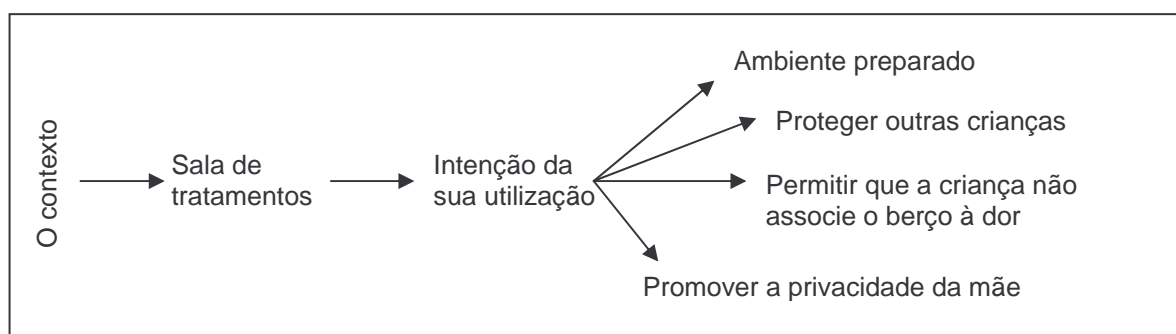
Stefanelli e Carvalho (2005) consideram que, o ambiente em que as pessoas interagem tem influência decisiva na qualidade da comunicação entre elas e em seu resultado. O ambiente pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos, interferindo na expressão e percepção das ideias.

Assim, denominámos de **contexto** ao conjunto de condições que especificam a localização do fenómeno, quer em termos da sua ocorrência, quer em termos da sua resolução, situando-o também numa perspectiva temporal e evolutiva (Strauss & Corbin, 1998).

### 2.1- A sala de tratamentos

Como podemos constatar no diagrama 2, a acção decorre na sala de tratamentos da unidade de pediatria. A realização de procedimentos nesta sala, em que o ambiente está preparado, tem como intenções proteger outras crianças, permitir que a criança não associe o berço à dor e promover a privacidade da mãe.

Diagrama 2 – O contexto: Sala de tratamentos



A acção decorre na sala de tratamento de uma unidade pediátrica (já descrita no capítulo anterior) que é denominada pela enfermeira F como sala do *castigo*: (...) *aquela sala acaba por ser a sala do castigo (...)* (EEF).

De forma geral, pudemos constatar que todas as enfermeiras têm como rotina realizar os procedimentos nesta sala individualizada: (...) *normalmente fazemos sempre isso numa salinha individualizada (EEA); (...)* *faço as punções, as aspirações, tudo o que seja agressivo para a criança (...)* (EEF); *Levo sempre para a sala de tratamentos, a não ser que a situação da criança não permita, há procedimentos que têm de ser feitos no berço ou porque o menino está*

*dependente do oxigénio, ou está monitorizado e está descompensado e não dá para tirá-lo dali daquela unidade. (EEH);*

De facto, esta atitude das enfermeiras em realizar os procedimentos dolorosos em sala própria, individualizada é referida por Stephens, Barkey e Hall (1999) como uma das várias técnicas para promover o conforto das crianças durante os procedimentos, que consideram stressantes.

E qual a sua **intenção**? As enfermeiras participantes no estudo apontam quatro razões fundamentais. Por um lado devido ao **ambiente já estar preparado** para realizar os procedimentos: *(...) e também pela sala já estar preparada, termos tudo, isso também facilita a nós, o nosso trabalho e também, tem os bonequinhos que acaba por abstrair um bocadinho a criança daquilo que se vai passar. (EEA); (...) porque é uma sala que tem todo o material para o procedimento (...)* (EEE)

Por outro lado, para **proteger as outras crianças do quarto**: *(...) tentamos levar para outra sala para não incomodar as outras crianças e porque as outras crianças também entram em stresse, com o sofrimento do outro menino (...)* (EEH); *(...) nos outros quartos tem sempre outras crianças, outras mães, que acho que não há necessidade de estarem a passar por aquilo e a ver (...)* (EEA); *Levamos a criança para a sala para isolá-la das outras crianças, para as outras não ficarem assustadas (...)* (EEE)

Relativamente a esta intenção os autores supracitados consideram de igual forma que, a utilização de sala própria para executar os procedimentos, permite que o choro da criança seja isolado das outras crianças, prevenindo desta forma elevação dos níveis de ansiedade destas.

De igual forma, Stephens, Barkey e Hall (1999) defendem que, umas das razões para se utilizar uma sala própria é manter a cama da criança como local seguro. Assim, as enfermeiras deste estudo, também utilizam esta sala com a intenção de **permitir que a criança não associe o berço à dor**: *(...) o berço é para dormir, descansar, para brincar e não é para mais nada (...)* *tentar fazer naquela sala porque senão eles acabam por não querer o berço (...)* (EEF); *(...) os procedimentos são feitos em sala própria para não interferir com o bem-estar da criança (...)* *quando a criança for para a cama não ter medo, para não relacionar as punções ou os procedimentos dolorosos com a cama, então são feitos em sala própria. (EED); (...)* *e também para a criança ficar mais à vontade, digamos assim, porque se nós formos picá-la, punção-la na cama ela pode estar a dormir e acordar assustada, pensando que vai acontecer a qualquer momento, pode ficar traumatizada e para evitar este trauma, levamos mesmo para uma sala própria. (EEG)*

Por último, é utilizada também para **promover a privacidade da mãe**: *(...) mais privacidade também mesmo se as mães chorarem, se manifestarem um desabafo, se lhes apetece também dar sugestões até, é mais a nível de privacidade (...)* (EEA); *(...) e é uma sala*

*onde há mais privacidade e onde existe a marquesa e onde se pode conversar mais com a mãe e com privacidade. (EEE)*

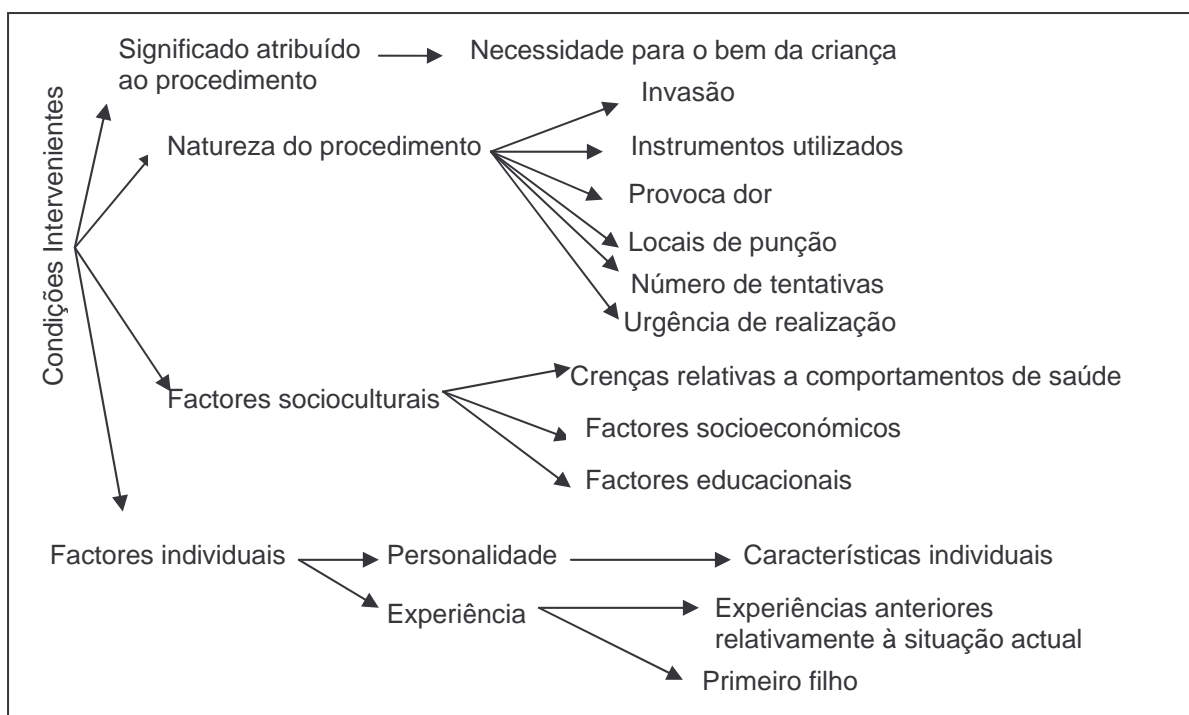
Desta forma, verificámos que, a utilização desta sala pelas enfermeiras tem intenções diferentes mas de forma geral, a sua utilização é preferida.

Descrito o contexto (sala de tratamentos) e intenção da sua utilização na realização dos procedimentos pelas enfermeiras, passaremos de seguida a abordar as duas dimensões interactivas isoladamente, a resposta das mães e a resposta das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos.

### 3- Resposta das mães aos procedimentos de enfermagem dolorosos

#### 3.1- Condições intervenientes

Diagrama 3 – Condições intervenientes na resposta das mães



Como demonstrámos no diagrama 3, designámos de **condições intervenientes** e tal como referem Strauss e Corbin (1998), ao conjunto de factores que afectam a ocorrência do fenómeno, neste caso, os factores que afectam a resposta da mãe, isto é, aqueles factores que são responsáveis pelo tipo de resposta da mãe, o facto de esta reagir de forma mais positiva ou menos positiva aos procedimentos de enfermagem dolorosos.

Assim, a resposta das mães é afectada pelo **significado que atribuem ao procedimento**. Serra (1999) refere que a pessoa sente-se em stresse em função do significado atribuído ao que lhe está a acontecer.

Apesar da experiência vivenciada aquando do procedimento constituir uma experiência de sofrimento, as mães reconhecem a **necessidade destes serem executados para o bem da criança**, no sentido de contribuir para a sua melhoria clínica, tal como evidenciado nos extractos: (...) *mas eu sentia tem que ser porque ela ia ficar melhor com aquilo, com aquela técnica (...) o meu objectivo é que ela ficasse bem. (EMAna); (...) é para o bem da minha filha, a saúde dela, saber que ela está bem depois (...) mas é sempre pela saúde e bem-estar dos nossos filhos (EMMaria); (...) eu sei que dói mas eu também sei que é para o bem dele (...)* (EMManuel)

Também nas notas de campo este significado encontra-se em destaque pois quando questionada a mãe do Rodrigo referiu que assistir às punções (...) *custa mas também sabe que é para o bem do filho. (NC10)*

A enfermeira H também se refere ao significado atribuído pelas mães ao procedimento como necessidade, referindo que: (...) *estão a ver a incutir um sofrimento no filho mas (...) percebem que é um mal necessário” (EEH)*

Por outro lado, algumas mães referem-se aos procedimentos e reagem de acordo com a **natureza** destes, ou seja, as reacções diferem conforme se trate de uma punção venosa ou aspiração de secreções, considerando-os como uma **invasão**, principalmente no caso da aspiração de secreções pois no caso de uma mãe foi a (...) *técnica que foi o que mais me marcou (...) (EMAna)*

Outras referem-se à violência que os **instrumentos utilizados** pelas enfermeiras provocam na criança: *é muito violento (...) porque aquilo vai...parece que vai até aos pulmões (...) (EMAna)*, denominando mesmo como invasão: *É um pouco violento, parece que vai violentar a criança (...) como se fosse uma invasão (EMAna)*

Aquando de uma conversa informal, *após o procedimento e conversando com a mãe da Ana sobre o que sente quando assiste à aspiração esta refere que ao ver o tubo a entrar pela filha é horrível e parece que não tem fim. (NC3)*

As enfermeiras também têm consciência que, os instrumentos utilizados durante a aspiração, por exemplo, a sonda de aspiração, são razão de angústia para muitas mães: *há mães que ficam aflitas por ver, como elas dizem – aqueles tubos a entrar, entrar no filho – choram, ficam assustadas com isso (...) (EEC).*

Num estudo realizado por Ogilvie (1990) sobre a hospitalização de crianças submetidas a cirurgia, os pais referem aumento dos níveis de ansiedade e medo quando são utilizados equipamentos hospitalares, nomeadamente instrumentos para punção intravenosa.

Vejamos, a título de exemplo, como estes instrumentos interferem no tipo de respostas das mães, sendo visível uma mudança de expressão a partir do momento que são utilizados pelas enfermeiras: *A enfermeira C entretanto começa a cortar o adesivo, pega no cateter. Nesse momento, a mãe suspira e a sua expressão facial muda: anteriormente esboçava um sorriso e agora assume uma expressão mais séria, dizendo ao filho para olhar para ela (e desvia a face do filho no sentido da sua). (NC2); A mãe do Rodrigo olha para o local de punção, e o sorriso presente na sua face muda exibindo uma expressão facial muito séria quando a enfermeira punciona, franzindo o nariz e a testa como quem faz transparecer uma expressão de horror. (NC10)*

Por um lado a invasão, por outro lado a dor. A maior parte das mães, quando nos referíamos aos procedimentos tinham a plena consciência que os procedimentos **provocam dor** na criança, tal como referido nos extractos seguintes: (...) *estava-lhe a magoar (...)* (EMRui); *Que aquilo dói (EMJosé); (...)* *aquilo dói a ela (...)* (EMSara).

As enfermeiras referem-se a esta dor, canalizando sempre para a dor provocada pelas punções, referindo que comparativamente a uma entubação ou aspiração: *se eu puncionar uma criança, claro que a criança chora mais, dói mais (...)* (EEC); (...) *em relação às punções acho que as mães sofrem mais.* (EED)

Então, se as enfermeiras consideram que as punções provocam uma dor mais intensa, o que dizer por exemplo se a punção ocorrer numa veia epicraneana? Qual a relação entre o local onde é efectuada a punção e a resposta da mãe?

Quando questionada sobre os **locais de punção** a enfermeira H refere que normalmente os pais, mesmo relativamente à técnica que utilizam que é diferente em adultos: (...) *ficam a olhar para aquele primeiro impacto (...)* *o primeiro impacto é – como é que elas vão fazer uma colheita de sangue com uma agulha partida (...)* *só com a ponta e vão fazer a pingar porquê?* A enfermeira continua dizendo: *nas mãos é um membro (...)* *associam ao normal que é fazer colheita num braço.* Relativamente aos locais de punção a enfermeira A refere que: (...) *as mães reagem muito mal quando se pica uma criança na cabeça (...)* e que quando puncionam na cabeça: (...) *as mães não querem ficar...nesse caso é quase rara a mãe que queira ficar, elas quase sempre saem (EEA).*

Por estas razões, consideramos os locais de punção, constando da natureza do procedimento, como condição interveniente no tipo de resposta das mães ao procedimento, e tal como evidenciado pelos restantes extractos: (...) *e nas crianças até aos dois anos, nós fazemos punções às vezes na cabeça...as reacções das mães variam muito, quando a gente vai tirar dali (...)* *uma mãe inclusivamente que nunca me deixou puncionar na cabeça (...)* *expliquei, expliquei (...)* *respeitei a vontade dela porque ela disse que se eu picasse a cabeça o menino ia ficar deficiente.* (EEH); (...) *as mães reagem muito mal quando se pica uma criança na cabeça (...)* (EEA); (...) *acho que puncionar na cabeça é...mas por vezes tem de ser, umas mães ficam sempre a olhar para nós e vê-se que é uma dor que estão sentindo, uma dor muito grande...acho que os locais têm influência na forma como a mãe também reage.* (EEG); (...) *porque há mães que pensam e verbalizam mesmo que, o puncionar na cabeça é como se fosse fazer mal ao cérebro pode ser, como elas dizem – que vai afectar o juízo da criança – há mães que usam essa expressão (...)* (EEC)

Constatámos também que, o **número de tentativas**, ou seja, o número de picadas executadas pelas enfermeiras com o intuito de puncionar uma veia com sucesso, influencia o tipo de resposta das mães, isto porque estas últimas consideram que, (...) *quanto mais picadas tiverem mais sofrimento provoca neles e em mim (...)* (EMRodrigo). Pelo

contrário verificámos que, quando o procedimento é executado com sucesso, ao fim de uma tentativa para puncionar, a mãe reage mais calmamente: *A enfermeira D apenas punccionou uma vez, a criança pouco chorou e a mãe referiu isso como factor que contribuiu para a sua calma (NC7)*

Confirmando esta ideia, a enfermeira C refere que, (...) às vezes as mães sabem que é difícil e sabem que é preciso mas, às vezes ficam revoltadas quando é mais que uma vez. Porque estamos a provocar mais sofrimento e isso traz consequências negativas, acho que influencia negativamente a reacção da mãe, ninguém fica contente de saber que lhe vão magoar o filho (...) (EEC)

Ainda relativamente à **natureza do procedimento**, temos a salientar também a importância da preparação para o procedimento tanto da mãe como da criança, uma vez que, a enfermeira H considera que a **urgência de realização** de determinado procedimento poderá afectar negativamente a resposta da mãe, como podemos verificar no memorando seguinte:

*Um dia destes fiz uma aspiração a uma criança que suspeitei que ela tivesse aspirado o vómito, e a minha primeira reacção é, não estou a ver quem está à minha volta, é meter os tubos aspirar para...pronto, nem reparei, não era a mãe era uma tia, e ela ficou sempre assim perto do berço e, não é, eu virei a criança, meti o tubo, aspirei, chamei as minhas colegas para elas me virem ajudar, tudo com calma e com segurança porque a gente tem de dar alguma tranquilidade...mas pronto tive a aspirar o menino acabou por vomitar mais e, foi uma técnica muito invasiva, naquele momento foi, naquele momento não estava com muito cuidado...quando olho para a tia, no fim de aquilo tudo, o menino ficou bem, recuperou, e quando olho para a tia (faz uma expressão de surpresa) ela estava lívida, parecia que ia cair para o lado e, então aí, é que me apercebi que pronto, foi tudo muito agressivo, foi neste sentido, não foi uma punção mas foi uma coisa bastante urgente e agressiva (...) a gente não tem aquele tempo para estar a preparar, para explicar como funciona o procedimento, naquele momento não há essa possibilidade! Nós temos de actuar e...acho que faz diferença, a diferença entre o explicar e o não explicar...eu costumo sempre explicar as coisas, neste caso, eu tive que explicar no fim (EEH)*

**Memorando:** A enfermeira considera que não são só as punções venosas que são agressivas. Também a aspiração de secreções, se for numa situação urgente poderá ser muito agressiva. A enfermeira dirigiu a sua atenção para a técnica, nesta situação urgente, pois fez uma avaliação do estado da criança (suspeitei que ela tivesse aspirado o vómito) e teve de agir com rapidez. Após aspirar a criança e estabilizar o seu estado olhou para a familiar que se encontrava pálida e “estupefacta” com a situação e aí percebeu que foi tudo muito agressivo.

- Parece que a enfermeira considera que em situações de urgência preocupa-se em manter a situação da criança estável não havendo tempo para preparar e explicar o procedimento ao

familiar acompanhante antes de iniciar o procedimento. Mas, quando termina e avalia que a criança está estável, preocupa-se em explicar o procedimento ao familiar. Claramente a **forma como as mães reagem aos procedimentos também sofre a influência do carácter urgente ou não do procedimento.**

Relativamente a este tipo de previsibilidade, ser capaz de prever um evento stressante, mesmo se um indivíduo não possa controlá-lo, geralmente reduz a gravidade do stress. Os humanos preferem geralmente, o choque previsível sobre o imprevisível. Eles também mostram menos excitação emocional e relatam menor sofrimento enquanto esperam pela ocorrência dos choques previsíveis, e percebem os choques previsíveis como menos aversivos do que os imprevisíveis com a mesma intensidade. Assim, e como referem Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith e Bem (1995), um sinal de alerta antes de um evento aversivo permite que a pessoa inicie alguma espécie de processo preparatório que age para diminuir os efeitos de um estímulo nocivo. Isto significa que, uma mãe preparada ou minimamente informada que irá ser realizado o procedimento, tem tempo para interiorizar o evento doloroso, tornando-se num tipo de choque previsível.

Qualquer processo de interação sofre influência de **factores socioculturais** inerentes aos interactuantes (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen, 1994) porque cada pessoa presente na interação tem um contexto sociocultural característico e dentro deste contexto temos, entre outros, a cultura e a educação.

O tipo de resposta das mães como interactuantes também se encontra condicionado pelo arcabouço sociocultural, nomeadamente, e como afirma Helman (2003), influências culturais, crenças relativas a comportamentos de saúde, factores socioeconómicos (classe social, status económico, ocupação, desemprego e existência de redes de apoio) e factores educacionais (formais e informais, inclusive a educação, grau de instrução, escolaridade). Tendo em conta o descrito por Helman descreveremos estes factores separadamente e como poderão afectar as respostas das mães aos procedimentos dolorosos.

Iniciando pelas **crenças relativas a comportamentos de saúde**, Helman (2003) afirma que, a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, inclusive as suas crenças e comportamentos, percepções, atitudes perante a dor, etc. Este autor considera a cultura como um conjunto de princípios herdados pelos indivíduos membros de uma dada sociedade, princípios que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas.

Assim, considerámos estas **crenças** como outra das “considerações intervenientes” no tipo de respostas evidenciadas pelas mães. Serra (1999) salienta que se quisermos

compreender o que é capaz de ameaçar ou de lesar um indivíduo podemos fazê-lo analisando a sua rede de preocupações, isto é, o modo único da sua relação com o mundo. O método que leva a perceber a rede de preocupações, é o conhecimento de valores e crenças que o indivíduo transporta consigo e que foi formando ao longo da vida. Isto porque, o compromisso em relação a eles, influencia o seu comportamento em dada situação e dita aquilo que, no contexto ocasional em que se situa, torna-se mais saliente e significativo.

Neste sentido, crenças dizem respeito àquilo que o indivíduo pensa que é verdade, quer goste ou não e aprove ou não. Constituem, segundo Wrubel et al (referido por Serra, 1999) uma *lente perceptiva*, um sistema interpretativo, que organiza antecipadamente qualquer situação.

Então, podemos dizer que, as ideias que as mães desenvolvem sobre o procedimento influenciam a sua resposta, considerando o procedimento doloroso como fonte de stresse. Assim, e como a criança quando é internada traz consigo a sua família (crenças são determinadas pela dinâmica da interacção entre os diversos membros do agregado familiar) que possui vivências muito próprias sustentadas por um leque de crenças relativas ao internamento e situação de doença, tal encontra-se evidenciado aquando do internamento do Rui, em que, em conversa com a enfermeira G esta revela-nos os receios da mãe relativamente a uma cirurgia programada:

*Chego à sala de trabalho e a enfermeira G diz-me que a mãe tinha chorado. Eu questionei: "porquê"? E ela respondeu: "tem medo da cirurgia porque a sogra dela, que ía ser enfermeira disse que a "saquinha" do menino ía ser unida à perna... mitos... (disse sorridente e calma), mas a gente explicou-lhe que não iria acontecer para ela ficar mais descansada (NC4).*

Segundo a enfermeira esta ideia errónea sobre a cirurgia poderá ter influenciado a forma da mãe lidar com o procedimento, pois já tinha um factor de stresse associado.

Outras crenças associadas ao procedimento prende-se com o facto de que, para as mães é normal puncionar um adulto mas nas crianças há determinadas crenças relativas à sua fragilidade, não comparáveis à forma como os adultos enfrentam a picada da agulha: *Eu gosto de tirar sangue (...) gosto em mim, mas para ver em crianças eu não gosto (...) porque eu sei que aquilo dói, eles não têm a nossa pele, eles não aguentam, da maneira que ele é tão pequenino (EMJosé).*

Helman (2003), apesar de afirmar que a cultura também contribui para dar forma à reacção ao stresse, não é a única influência desse tipo; é apenas uma das diversas influências sobre as crenças e os comportamentos relacionados à saúde, que incluem também os factores socioeconómicos e os educacionais.

Relativamente aos **factores socioeconómicos**, podemos falar em **classe social**. Algumas enfermeiras consideram que as mães reagem de forma diferente tendo em conta o seu estrato social: (...) *depende também do estrato social. As mães também têm essa diferença (...) (EEH); (...) o nível socioeconómico, o local donde elas vêm (...) (EEA); (...) acho que a educação que cada um teve e o meio social onde está inserido, eu acho que isso tudo se calhar tem influência na maneira de reagir de cada mãe (EEH)*

Como investigadoras, através da observação também sentimos necessidade de reflectir sobre a influência que o meio social em que determinadas mães se inseriam poderia condicionar o tipo de resposta, bem como as suas competências comunicacionais. Assim, algumas reflexões foram anotadas no seguinte memorando:

*(...) é muito difícil comunicar com alguém pouco comunicativo e com postura de pouco interesse (não fala, não questiona as enfermeiras, não tenta inteirar-se do que se passa com o menino? Não gosta de vê-lo chorar e prefere isolar-se). Foi o que senti quando “tentei” conversar com esta mãe, muito nova, ainda “uma criança” a cuidar de outra criança a quem foi retirada a oportunidade de estudar e socializar num mundo em evolução (a cultura da zona onde reside é um “mundo à parte”). Revela muita imaturidade, visível quando é informada que o menino será puncionado na cabeça e tem uma reacção em tom de brincadeira (Hi e sorri). Pertence a uma classe social muito baixa, nível socioeconómico precário, visível tendo em conta o estado de higiene precária em que a criança chegou ao serviço e que segundo as enfermeiras, na sua opinião, a desidratação poderá ter sido provocada pela introdução de leite de vaca (porque quando questionaram que leite o menino bebia a mãe disse que bebia 50 cc de água com 3 medidas de leite Aptamil. (comum em Rabo de Peixe a introdução do leite de vaca nesta idade). Para esta mãe o filho deve fazer o que a enfermeira e o médico dizem porque eles é que mandam, tendo esta que “subjugar-se”. Será que estou a fazer um juízo de valor? Mas é aquilo em que posso pensar neste momento ao deparar-me com a apatia e postura de pouco interesse desta mãe. Este meu pensamento é partilhado também pelas enfermeiras que sentiram dificuldade em interagir com esta mãe devido à sua apatia e segundo elas “pouco interesse”. Até houve uma enfermeira que me disse (enfermeira H) - é o subjugar-se ao médico e à enfermeira porque estamos no nosso contexto, para elas é novo. (MNC6)*

Esta reflexão remete-nos para a relação de poder, existente entre uma mãe de um nível socioeconómico mais baixo e a enfermeira e os médicos como detentores da verdade absoluta em termos de saúde: uma mãe que acredita que (...) *as melhoras do pequeno está no hospital e os médicos e enfermeiras é que sabem (EMJosé)*. Para a enfermeira H esta ideia de relação de poder também se evidencia através do seguinte extracto: (...) *enquanto a mãe de um meio social mais baixo para ela nós é que somos os técnicos, nós é que sabemos (...) elas sentem-se... nós temos a posição de poder (EEH)*.

Esta relação de poder, é denominada por Marc e Picard (1992) como um poder de competência, baseado na percepção de que um indivíduo A tem uma experiência ou

conhecimentos específicos que lhe conferem uma mestria e uma autoridade num domínio preciso.

Sarafino (1998) corrobora com esta ideia de classe social, considerando que as pessoas de classes sociais mais baixas têm hábitos de saúde mais pobres do que as pessoas de classes mais altas. Ainda relativamente a estas diferenças entre classes sociais, Shields (2002), num estudo realizado sobre interacção entre pais e enfermeiros em cuidados pediátricos, concluiu que, se torna mais fácil comunicar com pessoas do mesmo estrato social e escolaridade das enfermeiras.

De forma geral, as enfermeiras acreditam que certos comportamentos evidenciados pelas mães aquando dos procedimentos (por exemplo, quando se distanciam dos filhos) são devidos também a **factores educacionais**: *tem a ver com a própria educação, foram educadas assim e não conseguem ver de outra maneira (...) tem a ver com, para além da cultura, com o modo de pensar das pessoas, a própria educação em casa que tiveram, tem de ser assim e acabou! E não se questionam porquê, vão pelo caminho que foram habituados a seguir (EEF)*

A enfermeira G relativamente considera que estas influências sócio-culturais podem interferir na resposta das mães aos procedimentos, de forma positiva ou de forma negativa: *(...) as pessoas mais esclarecidas geralmente têm comportamentos de forma diferente, costumam dizer ao filho – é para teu bem, tem que ser – há outras mães que não percebem isso, atribuem a maldade à enfermeira, e então têm comportamentos de agressividade perante nós verbalmente – elas são más – e incutem na criança, e acho que também incutem muito que a enfermeira é sinónimo de “pica” – ah, elas são más, que elas é que dão “picas” – e por vezes até fazem chantagem com os miúdos em relação a isso, noutras situações...isso pode ser em relação à cultura também, há umas mais cultas mais esclarecidas (...) (EEG)*

Relativamente a estas diferenças sociais, as enfermeiras afirmam também que, a formação académica poderá afectar a resposta das mães de duas formas distintas, isto é, poderá ser positiva devido à maior abertura que têm para falar sobre o procedimento mas, por outro lado, as mães mais esclarecidas também poderão tornar-se mais críticas, algo que a enfermeira considera como prejudicial à interacção: *(...) há mães que têm mais formação, mais formação académica, se calhar têm mais abertura para falar de determinadas coisas ou então, são mais críticas também (...) (EEH); (...) apesar das mães de um nível socioeconómico mais alto terem mais conhecimentos muitas vezes, aliás, são mais exigentes connosco, mais frias connosco...as mães que não têm tanto conhecimento, de um nível socioeconómico mais baixo, aceitam melhor o que nós fazemos, se calhar mesmo por essa falta de conhecimentos e informação que têm (...) (EEA)*

Mas, a enfermeira C considera que não poderemos fazer juízos de valor, nem estereotipar uma mãe com pouca informação, mas por vezes não consegue evitá-los: *(...) mas a gente também não pode pensar se é uma pessoa que tem pouca formação, se é uma*

*doméstica ou se é uma pessoa que é, por exemplo, uma professora ou outra profissão, às vezes a gente desvaloriza, as domésticas por exemplo, e às vezes são pessoas que até lêem e até sabem mais do que nós pensamos, às vezes o juízo de valor não é o mais certo, às vezes é difícil também, às vezes a gente também falha (...)* (EEC)

Para além destes factores socioculturais, Helman (2003) refere-se também aos **factores individuais** como influência nos comportamentos relacionados com a saúde. Desta forma, nesta investigação, denominámos de **factores individuais** a todos os relativos à própria pessoa, incluindo a personalidade e a experiência de vida.

Considerando que a cultura afecta o desenvolvimento da personalidade, e esta é a fonte fundamental de diversidade do pensamento e comportamento dos diferentes grupos humanos (Brown, Gregg & Ballard, 1998), podemos afirmar que as mães respondem de forma diferente ao procedimento, à situação de stresse, de acordo com a sua personalidade, actuando esta como condição interveniente no tipo de resposta da mãe. Visto que a personalidade diz respeito a um conjunto de características pessoais, persistentes e suportadas numa coerência interna (Luna, 2008) centramo-nos nas **características individuais** das mães como particularidade para as diferenças. Assim, a personalidade das mães e suas características individuais influenciam o modo como reagem aos procedimentos dolorosos. O que se entende por personalidade? Há autores que falam em traços de personalidade definindo-os como padrões consistentes de pensar, sentir e agir, que distinguem uma pessoa da outra (Johnson, referido por Ferreira, Neves & Caetano, 2001). Existem muitas definições de personalidade. O referido autor, após analisar muitas definições, salienta uma que demonstra regularidades entre as várias possíveis: “(...) um padrão único e específico de traços, que funciona como um todo organizado, em interacção permanente com a situação e que suporta a consistência trans-situacional do comportamento de um indivíduo” (p. 225).

Assim, a subcategoria **características individuais**, resultou do agrupamento dos códigos evidenciados abaixo. Estas características das mães são salientadas de seguida, e de acordo com a sua “maneira de ser”, descrita pelas mesmas, poderão reagir de diferentes formas:

Mãe preocupada – (...) sou uma mãe, como dizem, muito preocupada, muito galinha; é a terceira vez que sou mãe mas, o amor aos filhos é tudo na vida (EMMaria);

Mãe calma com receio de mostrar os sentimentos – Eu tenho vergonha de mostrar, não é vergonha é receio, se eu vir uma criança a ser atropelada, faz de conta, eu não vou começar aos gritos (...) eu sou sempre calma. (EMSara);

Relativamente a estas mães, as enfermeiras quando questionadas sobre as diferenças de personalidade, também assumem a existência de mães que não conseguem exteriorizar os seus sentimentos: (...) *podem não ser capazes de mostrar o que sentem à frente de estranhos (...)* (EEF); (...) *naquele momento não estão a conseguir exteriorizar o que estão a sentir* (EEC)

Mãe que não consegue controlar sentimentos de raiva, rancor e ódio – (...) *o génio é que eu não controlo (...) raiva, rancor, ódio.* (EMSara)

Mãe “nervosa” – *porque eu sou super nervosa!* (EMManuel)

A que se referia esta mãe descrevendo-se como “nervosa”? Será esta uma característica individual? Uma das imagens populares para sofrimento mais comuns, encontrada em diferentes formas e em diferentes culturas, é a ideia de “nervos”. Parece ser muito comum entre mulheres, especialmente na Europa, na América do Sul e do Norte e em todos os países de língua inglesa e geralmente se sobrepõe ao conceito leigo de stresse. Como no caso deste se incorporam experiências físicas, psicológicas e sociais numa única imagem, também se coloca ênfase num fenómeno ostensivamente físico: o mau funcionamento de uma parte difusa do corpo, vagamente descrita como os “nervos”. (Helman, 2003). Algumas pessoas simplesmente nascem com “nervos fracos” ou “nervos ruins”, algumas herdaram a condição dos seus pais, ao passo que outras os adquirem na infância ou na idade adulta.

Por outro lado, o conceito de “nervos” pode ser entendido, somente, em termos do contexto social específico e local no qual a palavra é usada, como forma de explicar a personalidade de um indivíduo e suas reacções emocionais, físicas ou sociais frente a determinados eventos.

Mãe que sofre por antecipação - *basta dizer-me que – amanhã vais fazer aquilo – eu levo toda a noite a sonhar com aquilo, porque eu vou ter que fazer aquilo, pronto aquilo mexia muito comigo* (...) (EMManuel)

Mãe chorosa – (...) *eu sou uma pessoa, eu sou muito mimosa, eu choro por tudo e por nada* (...) *é só chorar, chorar, chorar* (...) (EMManuel)

Mãe que não sabe lidar com o sofrimento – (...) *eu não sei lidar com a dor, em qualquer situação, eu não sei lidar com a dor (...) a dor emocional, a dor física eu aguento mais mas a nível emocional eu não sei sofrer* (...) (EMManuel)

Também a enfermeira C se refere às diferenças comportamentais acreditando que há mães que não sabem lidar com o sofrimento: (...) *pode ser por elas próprias não saberem lidar com aquelas situações que, são para elas consideradas difíceis, e com o sofrimento do filho, não sabem lidar com isso* (...) (EEC).

Mães distantes – *Há mães que também não estão muito ligadas aos filhos, é uma distância, vê-se que há uma distância entre mães e filho...há uma quebra na relação (EEC).* Neste caso, são as enfermeiras a interpretar e a atribuir características às mães de acordo com os comportamentos evidenciados durante os procedimentos.

Esta diversidade de “maneiras de ser”, o comportamento e personalidade dos indivíduos são absorvidos pela cultura e determina como os indivíduos interagem com a sociedade (Brown et al, 1998). Atkinson et al. (1995), definem personalidade como os “padrões característicos e distintivos de pensamento, emoção e comportamento que definem o estilo pessoal de um indivíduo e influenciam as suas interacções com o ambiente (p. 394);

As enfermeiras também salientam estas diferentes formas de reacção das mães, justificando com base no facto destas serem pessoas com individualidade própria, como podemos constatar nos extractos seguintes: *(...) sermos pessoas mesmo (...) cada pessoa é como cada qual (...) porque são pessoas diferentes (...) são pessoas e as pessoas são diferentes umas das outras (...) (EEH); (...) acho que as diferenças de comportamento tem a ver com a própria personalidade da mãe (...) (EEA)*

Assim, podemos dizer que a personalidade é aquilo que distingue um indivíduo de outros, ou seja, o conjunto de características psicológicas que determinam a sua individualidade pessoal e social. É um conceito que apela ao indivíduo, à sua unicidade, no que há de mais nuclear e específico em si mesmo, mas também à sua diferenciação, no que há de distintivo dos outros. Tal não é rígido, porque, a construção da personalidade sofre a influência de uma série de factores socioculturais e da qualidade das relações precoces, sendo que, tudo isto já referenciado, é circular. Neste sentido, agrupámos estes factores como condições intervenientes, não pretendendo uma separação rígida categorial, mas circular, visto que este conjunto de condições influencia o tipo de resposta das mães ao factor de stresse (procedimento doloroso).

Mas, não são só estas diferenças individuais que são responsáveis pelos diferentes comportamentos das mães. Também a cognição, ou seja, a forma como elas percebem a fonte de stresse poderá influenciar a sua reacção.

Este facto poderá ser verificado quando a enfermeira G salienta que, por vezes, as mães atribuem uma conotação negativa ao procedimento, percebendo o acto como uma “maldade” e não como uma necessidade como referido anteriormente: *(...) quando as mães estão a incutir nos filhos a dizer que nós é que somos más acho que aumenta a tensão durante o procedimento (...).* Assim, Walker e Faton (1998) salientam que, alguns stressores (neste caso, o procedimento doloroso) podem ser percebidos positivamente e outros negativamente.

Também como factor individual abordaremos a subcategoria **experiência**, e como códigos que a originaram, as **experiências anteriores relativamente à situação actual** e a experiência de ter um **primeiro filho**.

Thompson (referido por Martins, 2006) advoga que é por meio da experiência que se compreende a resposta mental e emocional, seja de um indivíduo ou de um grupo social, a muitos acontecimentos interrelacionados ou a muitas repetições do mesmo tipo de acontecimento. É pela experiência que homens e mulheres definem e redefinem as suas práticas e pensamentos.

Quanto às experiências anteriores relativas à execução de procedimentos mães e enfermeiras referem-se a estas experiências como condicionantes na resposta ao procedimento e no seio da interacção. Sundeen et al. (1994) referem que, tanto o cliente como a enfermeira são influenciados na interacção pelas suas experiências passadas relativamente à situação actual. Por outro lado, Stephens et al. (1994) referindo-se especificamente à situação dos procedimentos invasivos, salientam que, pais e crianças que tiveram experiências prévias com procedimentos, poderão ser afectados por estas, evidenciando diferentes tipos de resposta.

Assim, os extractos seguintes evidenciam a importância das experiências anteriores passadas na forma das mães lidarem com o procedimento: *Após ter conhecimento que o filho iria ser puncionado a mãe do Rui assume uma expressão de preocupação e recorda que no dia anterior ele fez análises e foi difícil porque ele mexia muito e eram mais de 3 pessoas a segurá-lo. (NC4); Antes da punção venosa ser executada dirigi-me ao quarto da Sara e conversando com a mãe, esta com uma expressão de preocupação recorda a experiência que passou com a filha na urgência devido à fragilidade venosa, em que tiveram mais de meia hora a tentar puncionar. (NC7); A mãe do Manuel vinha sorridente mas com uma expressão apreensiva pois, após conversa com a mesma, referiu que o menino já tinha estado internado com bronquiolite e que tinha sido difícil (NC8).*

Salientámos aqui, o contributo das experiências anteriores negativas para a resposta emocional das mães, em que estas se manifestavam preocupadas com a realização do procedimento actual por já terem experienciado a situação anteriormente. Face a isto, a enfermeira A salienta também que, as mães reagem de diferentes formas aos procedimentos condicionadas por vivências anteriores, internamentos anteriores: (...) *acho que tem a ver com a forma como as próprias mães vivenciam isso, o hospital (...) e acho que tudo depende das vivências que elas têm (...) do que já passaram (...) as crianças às vezes têm muitos internamentos, as mães estão saturadas disso e, mais um procedimento... (EEA)*

Outra experiência anterior de sofrimento de uma mãe face aos procedimentos, prende-se com o facto deste ter sido executado quando o filho era mais pequeno: *Conversando com a*

*mãe questioneei o que é que sentia quando via o seu filho a ser puncionado. Esta respondeu que custa sempre mas com maior sofrimento quando ele tinha 6 meses porque era bebé e com um ano e meio porque foi algaliado, e esse procedimento é que lhe marcou e até teve que sair e pedir ao marido para entrar (NC2).*

Inclusivamente, a mãe do João (criança com 15 meses) experienciou uma situação anterior marcante que, como experiência negativa, poderá ter contribuído para o aumento dos níveis de ansiedade aquando deste novo internamento. Esta mãe, aquando da entrevista, recordou com algum sofrimento, o internamento anterior do filho por bronquiolite, quando tinha apenas 1 mês de vida: (...) *quando o João teve a bronquiolite eu não sei explicar, fiquei em estado de choque, eu não sei, chorava por tudo que era lado (...) (EMJoão).* Relembrou, ainda, todos os procedimentos e “tecnologia” a que o filho foi submetido, (...) *todo ligado às máquinas, ele esteve com soro, ele tinha aqueles discos, ele comia por uma sonda (...) e a ideia de morte, (...) pensava que ele ia morrer (...) foi muito difícil, por isso eu não posso ver uma criança constipada, começo logo a gritar (...) e depois tinha falecido uma menina no quarto ao lado, e umas senhoras estavam a dizer que a menina tinha morrido com a sonda, isso a nível psicológico, uma pessoa que é completamente ignorante a nível de doenças, mexe! (EMJoão).*

Relativamente à situação actual, em que o João (com 15 meses) foi submetido a uma punção venosa a mãe referiu que, *sempre estou mais controlada, porque ele não teve bronquiolite, foi só uma picada.* Verificámos que, como a experiência anterior negativa esteve associada à bronquiolite, à aspiração de secreções e à idade da criança, neste procedimento actual a mãe apresentou-se menos ansiosa porque o filho é mais velho e não foi aspirado, porque a aspiração de secreções e ver o filho a “deteriorar” foi o que “mais lhe marcou”.

De facto, Willock et al. (2004) referem-se a estas experiências negativas salientando que, as crianças que as experienciaram, durante a punção venosa, em situações anteriores, irão demonstrar níveis mais elevados de ansiedade antes da punção, tornando-se menos colaborantes do que outras que tiveram experiências positivas. De igual forma, Pinto e Barbosa (2007) salientam que, as mães que têm experiências pregressas negativas pessoais, ou com os próprio filhos, em relação à hospitalização e à punção venosa, podem apresentar maior dificuldade em participar nos seus cuidados.

As enfermeiras, também, consideram que a experiência anterior da mãe e criança relativamente à situação actual, poderão influenciar a sua resposta ao procedimento: *Podem reagir menos bem se tiver uma experiência anterior má, porque muitas vezes, uma enfermeira num posto de colheitas não consegue puncionar uma criança à primeira e às vezes as mães dizem – ele é muito difícil de veias, sai a mim!” (EEE).* Inclusivamente, a enfermeira D

salienta que, muitas mães choram (tipo de resposta) devido a experiências negativas vivenciadas anteriormente: *Porque choram? Pode ser por vários motivos, pela experiência negativa que tiveram, que o seu filho já anteriormente foi muitas vezes puncionado, por saber que a criança é difícil de arranjar uma veia (...)* (EED)

Importa ainda salientar que, existem situações na vida que, por mais que se repitam trazem sempre uma grande emoção. Angerami-Camon, Chiattonne e Nicoletti (1992) salientam que a repetição não impede que possamos sentir coisas inefáveis diante da sua ocorrência. Tal é verificado quando algumas mães, mesmo tendo passado por experiências de dor dos filhos tremendas, manifestaram ainda uma resposta emocional intensa, com choro e angústia, evidente através do seu comportamento.

Assistimos então, à forma como as experiências anteriores poderão afectar a resposta (posteriormente explorada quando nos referirmos à resposta emocional) da mãe aos procedimentos.

Por outro lado, as experiências anteriores podem ser consideradas como um contributo positivo para a resposta das mães. Tal facto, torna-se evidente, na experiência da mãe do Rodrigo, em que assistimos a uma situação de acomodação: *(...) ele desde que nasceu foi internado na neonatologia e depois foi as análises que ele teve que fazer, pronto, uma pessoa sem querer já está começando a habituar-se!* Considerámos que, esta experiência anterior, contribuiu de forma positiva para a resposta da mãe que reagiu serenamente aquando do procedimento, mesmo sendo a criança puncionada quatro vezes por apresentar fragilidade venosa: *a mãe ao fim das 4 tentativas para canalizar veia mantém-se calma, conversando com a enfermeira sobre o exame que o filho irá efectuar no dia seguinte.* (NC10)

Também algumas enfermeiras salientam a conotação positiva atribuída às experiências anteriores salientando que, o facto de a mãe já ter passado por uma experiência anterior relativamente aos procedimentos poderá fazer com que colabore melhor aquando da sua execução, acalmando de forma mais competente o filho: *(...) as experiências anteriores influenciam bastante porque os pais sabem que tem de ser, eles ainda acabam por colaborar mais, mesmo custando, já sabem das experiências anteriores que é necessário, tem que se puncionar mas também tem que se acalmar a criança.* (EEF); Corroborando com esta situação, a enfermeira H afirma que, *(...) se a experiência anterior for boa, acho que influencia positivamente (...)*, salientando, ainda, que, *(...) se a colega anterior não conseguiu, e a experiência anterior foi muito má, e a experiência comigo já foi melhor, a mãe aí também revela uma coisa positiva (...)* (EEH).

Em relação a estas experiências consideradas positivas pelas enfermeiras, a enfermeira D fala-nos no contributo positivo destas para uma maior segurança das mães: *(...) porque*

*há mães que também se sentem mais seguras e confiantes o que também tem a ver com experiências positivas (...) (EED).*

Relativamente à experiência de ter um **primeiro filho**, considerámos também como “condição interveniente” no tipo de resposta da mãe. Isto porque, tal situação, foi referenciada tanto pelas mães como enfermeiras como factor com influência no tipo de resposta: *(...) acho que reagem pior se é um primeiro filho, tem muita influência se é o primeiro filho. (EED); (...) custou-me muito ao início porque, primeiro, era o meu primeiro bebé...foi muito cedo, eu não estava preparada para aquilo. (EMManuel)*

Em suma, podemos dizer que, em algumas situações, dependendo do contexto, as pessoas agem mais “culturalmente” do que outras; em outros momentos, o seu comportamento pode ser mais determinado pela personalidade, pelo *status* económico, por algo em que a educação os ensinou a acreditar, ou ainda pelas características do ambiente em que vivem.

Assim, a cultura não deve ser considerada isoladamente, e sim como componente de uma mistura complexa de influências, que se reflectem nas crenças e no modo de vida das pessoas. Daí considerarmos estas condições intervenientes interligadas e dependentes umas das outras, exercendo entre si influência mútua.

Após a abordagem das condições intervenientes passaremos a apresentar e discutir outro processo inerente à resposta das mães: a resposta emocional.

### 3.2- Resposta emocional

Antes de mais, é necessário partir do princípio de que qualquer indivíduo, seja ele homem ou mulher, adulto ou criança, experiência, em todos os momentos da sua vida, emoções que lhe são próprias. Feldman (2001), define emoções como sentimentos que geralmente têm elementos psicológicos e cognitivos que influenciam o comportamento.

Estas emoções de ordem psicológica e puramente subjectivas tanto podem ser sentidas de uma forma positiva como negativa, ser agradáveis ou desagradáveis e suscitar, conforme o caso, prazeres ou frustrações. Em termos mais científicos, diremos que estas emoções agem como um estímulo, isto é, o sujeito sente uma excitação simples e breve, susceptível de provocar nele uma reacção (Charpentier, 2003). Assim, denominámos de resposta emocional estas reacções que as mães evidenciaram aquando dos procedimentos dolorosos.

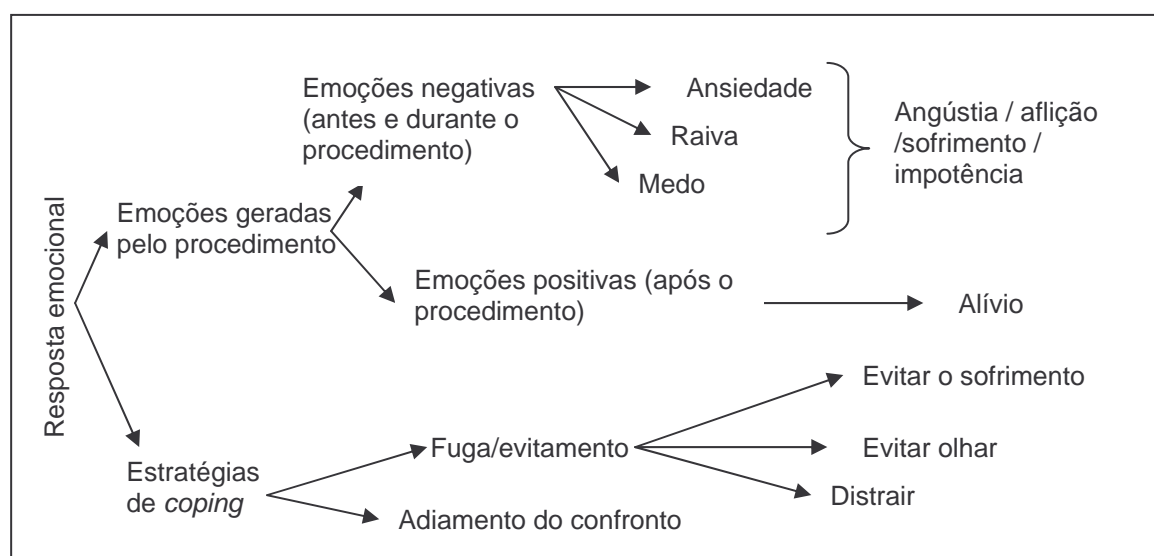
Porque falar em emoções e não em sentimentos? É grande a discussão entre alguns autores sobre a verdadeira diferença entre estes dois conceitos. Damásio (2004)

distingue de forma clara emoções de sentimentos. Para este autor, os últimos, são dirigidos para o interior e são privados enquanto as emoções são dirigidas para o exterior e são públicas. Isto significa que, o impacto completo e duradouro dos sentimentos exige também a consciência, pois só com o advento do sentido do si podem os sentimentos tornar-se conhecidos do indivíduo que os experimenta. Por exemplo, é comum apercebermo-nos, subitamente, que nos sentimos ansiosos ou preocupados, agrados ou descansados, e é bem claro que, os sentimentos particulares que experimentamos nessa altura, não tiveram início no momento em que nos apercebemos dele, mas sim algum tempo antes.

Por outro lado, Slepj (1998) considera emoções e sentimentos como contínuos, não sendo fácil limitar as suas fronteiras. Mas, no entanto, distingue-os pelas suas características de curta duração e maior intensidade. Como a resposta aos procedimentos acontece num momento curto e é vivenciada intensamente, optámos por referir-nos às emoções.

Assim, somos assolados por emoções e os sentimentos são os que constituem a leitura consciente destas emoções. Falaremos em resposta emocional porque muitas das emoções expressas pelas mães foram interpretadas não só pelas investigadoras mas também pelas enfermeiras, não colocando de parte os sentimentos referidos pelas mães. Relativamente a este ponto, apresentaremos de seguida o diagrama referente com os códigos que originaram as categorias.

Diagrama 4 – Resposta emocional das mães



Como podemos verificar, relativamente à resposta emocional das mães esta evidenciou-se em três momentos diferentes: antes, durante e após o procedimento.

Podemos igualmente dizer que uma emoção é de duração limitada e de intensidade variável e que, para além disso, as suas manifestações físicas são muitas e específicas de cada indivíduo segundo a sua história individual, sexo, personalidade, época e cultura de origem (o que vem a comprovar algumas das nossas condições intervenientes no tipo de resposta emocional da mãe). As emoções impõem-se-nos de maneira espontânea, ao contrário de um pensamento que surge e que podemos controlar, elaborar. (Rispaill, 2003).

As emoções desempenham um papel muito importante em relação ao stresse. O stresse, as emoções e o *coping* são processos interdependentes e mutuamente se influenciam (Serra, 1999). Assim, incluímos na **resposta emocional das mães** 2 categorias: as **emoções geradas pela fonte de stresse (procedimento)** e as **estratégias de coping** utilizadas com o objectivo de gerir estas emoções. Agrupámos as estratégias de *coping* na resposta emocional porque Lazarus e Folkman (1984) consideram-nas como tipos de resposta.

As emoções evocadas nas situações de stresse, desempenham um papel muito significativo. Por um lado, indicam como um ser humano está a avaliar a circunstância e por outro lado, ajudam-nos a compreender o comportamento subsequente que vai emitir.

#### Emoções geradas pelo procedimento

As emoções a que o stresse dá origem são o que mais incomoda o indivíduo. São geradas em função da maneira como o ser humano interpreta o acontecimento e desempenham um papel importante na motivação, sendo responsáveis pela forma como o indivíduo lida com a circunstância que o perturba. (Serra, 1999). De facto, as emoções mais comuns são expressas de uma maneira evidente pelo comportamento exterior. (Bitti & Zani, 1997)

Aqui falamos nas emoções resultantes da percepção do estímulo doloroso. Lazarus (referido por Serra, 1999) salienta que as emoções do stresse que costumam surgir em situações de dano, de ameaça ou de desafio, correspondem usualmente a emoções negativas como, por exemplo, a cólera, a inveja, o ciúme, a ansiedade, o medo, a culpabilidade, a vergonha e a tristeza. No entanto, nas situações de stresse podem aparecer igualmente emoções de tonalidade positiva, particularmente quando uma situação desagradável termina (dando origem a alívio) ou quando o indivíduo pensa que algo de bom possa acontecer, dentro de um contexto que parece mau.

Neste sentido, distinguimos emoções nas mães consideradas negativas e positivas, salientando que, as emoções negativas, se tornaram evidentes antes da realização do procedimento, quando a enfermeira comunicava à mãe o início do procedimento e

durante a execução do mesmo; as positivas, evidenciaram-se após a execução com sucesso do procedimento.

Assim, passaremos a apresentar as subcategorias **emoções negativas (antes e durante o procedimento)** e **emoções positivas (após o procedimento)** e respectivos códigos que as originaram.

Relativamente às emoções negativas começaremos por abordar a **ansiedade**. A ansiedade é considerada por Lazarus (referido por Serra, 1999) como uma das quinze emoções do stresse. Antes do procedimento, assistimos a um tipo de ansiedade que denominámos de **antecipatória**: *A Maria encontrava-se a dormir e quando me vê a mãe questiona se venho buscar a menina para o martírio. Um pouco depois chega a enfermeira D e disse à mãe que estava na hora ao que a mãe transparecendo alguma ansiedade questiona se tem mesmo de ser e se não há outra hipótese. De notar uma expressão facial que transparecia sofrimento e uma ansiedade imensa. (NC5)*

Esta ansiedade antecipatória, também se manifestou pelo receio verbalizado pela mãe do Rui: *(...) eu tinha receio era disso não sei se vão conseguir por o soro, porque ele é um miúdo muito irrequieto e estava nervosa antes por isso (...)* (EMRui)

Serra (1999) refere-se à ansiedade como uma emoção difusa que é evocada perante uma ameaça subjectivamente sentida. Neste sentido, durante o procedimento, foi notório um aumento da ansiedade sempre que a enfermeira falhava uma tentativa em puncionar veia: *A enfermeira G segura na seringa e introduz no cateter soro heparinizado ao que posteriormente infiltra e diz – não está bom. Entretanto a mãe do Manuel suspirou em tom mais alto. (NC8)*

Também as enfermeiras se referem à ansiedade das mães: *(...) mas há sempre aquelas mães que ficam mais ansiosas e dizem mesmo – ah senhora fico muito nervosa, desculpe eu sei que é para o bem dele, mas eu fico nervosa (EEG); (...) há mães que não aceitam bem o procedimento, ficam muito ansiosas, há mães que começam mesmo a “soprar”! (...)* (EEC)

Relativamente a este último extracto, não poderemos estar perante uma descrição de cólera? De facto cólera é algo que enerva e o soprar poderá demonstrar um certo “mau humor” como refere Lazarus (referido por Serra, 1999), salientando que uma forma atenuada de cólera consiste no mau humor, que tem por finalidade chamar a atenção da pessoa supostamente acusada. Esta pessoa acusada poderá ser a enfermeira que é percepcionada por quem está em cólera como uma pessoa odiada. Isto por vezes é percepcionado pela enfermeira C como um “ataque” das mães: *(...) há mães que ficam muito irritadas, revoltadas que a gente está magoando o filho, até parece que a formas de olhar delas e o tom de voz que usam é como se elas não confiassem em nós, pensam que nós estamos a magoar o filho de maneira bruta! (EEC)*

Podemos considerar a **raiva** como uma forma atenuada de cólera, uma vez que esta surge quando a pessoa enfrenta uma ofensa depreciativa do próprio e/ou dos seus. Uma das mães também referiu este sentimento como resultado de algo que não estava a dar certo: *Ontem a pequena estava chorando e eu estava com raiva porque não queria sair o sangue, eu estava ali nervosa, nervosa porque eles estavam a fazer tudo para sair o sangue e o sangue não queria sair para fora (...)* (EMSara). Importa ainda salientar, relativamente a esta mãe que, uma característica da sua personalidade é não conseguir controlar sentimentos de raiva e rancor, como vimos anteriormente... Talvez por isso, tenha sido “invadida” por esta emoção numa situação de stresse.

Relativamente ao **medo**, Lazarus (referido por Serra, 1999) refere que este se manifesta perante um perigo físico imediato e concreto. Será que podemos falar neste perigo visto que não é a mãe que é submetida ao procedimento? Neste caso, constatámos que, quando a mãe tomou conhecimento da dor provocada pelo procedimento no filho, manifestou uma expressão de medo: *Após a enfermeira G explicar que o Rui iria ser puncionado e iria sentir dor com o procedimento era notória uma expressão de preocupação, medo na face da mãe, com os olhos abertos e a suspirar alto.* (NC4). Noutra situação, a mãe refere ter sentido medo devido ao perigo que o filho corria: *Enquanto puncionam e após solicitação da enfermeira E, falando no Rodrigo, na sua forma de ser como bebé, a mãe refere que o seu maior medo é que ele chore muito por causa da laringomalácia e fique com falta de ar.* (NC10)

Este medo também é referido pelas enfermeiras, que consideram que há mães que têm medo de assistir ao procedimento, porque também sentem como perigo para si próprias: *(...) por vezes as mães revelam medo de assistir e sentir-se mal (...)* (EEF)

O autor supracitado salienta ainda que, o medo pode gerar estratégias de evitamento ou de fuga que permitem evitar ou fugir de uma ameaça real. Tal facto, também verificámos neste estudo porque o medo de assistir ao procedimento faz com que, muitas vezes, as mães evitem assistir.

Slepoj (1998) refere que, normalmente o medo surge associado à ansiedade e à angústia visto que produz reacções físicas e emocionais análogas. Enquanto o medo surge provocado por um perigo objectivo, a ansiedade e a angústia nascem de situações às quais se atribui um significado subjectivo

Abordaremos de seguida alguns sentimentos, referidos pelas mães, aquando das entrevistas mas também interpretados pelas investigadoras e enfermeiras, como resultantes das emoções vivenciadas: **angústia/aflição/sufrimento/impotência**. Optámos por agrupar estes quatro sentimentos porque, de forma geral, foram verbalizados associados.

Slepoj (1998) refere-se à **angústia** como um estado emocional semelhante ao medo, salientando-o como sentimento negativo. Distingue o medo da angústia na medida em que o medo é desencadeado no momento de um perigo real e a angústia pode ser provocada por um perigo produto da fantasia ou por uma ameaça interior: *A Maria mantém o choro que se torna mais intenso sempre que a enfermeira retira um pouco o cateter e tenta introduzir novamente. A mãe entretanto olha para a filha e diz – coitadinha – com uma expressão de angústia e aflição (NC5).*

Por vezes, o suspiro, de algumas mães, transparece a angústia em que se encontram devido ao não sucesso da punção: *A enfermeira H desgarrota, retira um pouco o cateter, garrota novamente e introduz a agulha na tentativa de canalizar veia. A mãe olha e manifesta expressão facial de preocupação e angústia, suspirando em tom quase inaudível. (NC8)*

Por vezes há mães que referem uma sensação de sufoco, aflição provocada pelo sofrimento dos filhos: *(...) é um sufoco vendo aquela criatura tão pequena já a sofrer daquela maneira (EMMaria); Outras mães referem-se à angústia em associação com a ansiedade: Muita angústia! A pessoa fica...eu pessoalmente fiquei nervosa (...) fiquei muito angustiada (...) (EMRui).*

Em outras situações, como resultado da angústia as mães choram: *A mãe da Joana com expressão facial que transparecia preocupação e angústia, começou a chorar quando a enfermeira A entrou no quarto e disse que estava na hora da filha ser puncionada, mas um choro silencioso evidente por apresentar os olhos avermelhados, brilhantes com lágrimas. (NC1). De facto Fooladi (2005) refere que, uma simples lágrima poderá revelar múltiplas emoções não verbais. E não serão estas lágrimas sinal de sofrimento?*

O **sofrimento** ou como algumas mães denominam “dor interior” é inerente à condição de mãe acompanhante. Num estudo realizado por Oliveira e Ângelo (2000), sobre a experiência da mãe acompanhante, é notório também um sentimento de dor e sofrimento.

As mães sofrem assistindo ao sofrimento, sofrem junto com os filhos e sofrem pelo facto de vê-los sofrer, em especial nas situações em que são submetidos aos procedimentos terapêuticos dolorosos na sua frente: *(...) aquilo custa muito (EMMaria); Custa-me sempre, já se sabe que a bebé é pequenina (...) mas custa sempre, já se sabe que custa. (EMAna); (...) custa tanto ver, é pequenino (...) (EMManuel); (...) é uma dor cá dentro, não sei explicar (...) dá um sufoco, um sofrimento mesmo na própria mãe, vendo aquele sofrimento daquela bebé tão pequenina a ser picada (...) (EMMaria); Dá vontade de chorar, ontem eu chorei. Hoje ela não chorou muito por isso não meteu aquela impressão como meteu ontem (...) porque eu estava vendo a minha filha a penar, a sofrer (EMSara); Dói na alma porque ele está a chorar e eu não quero que ele chore, está-lhe a doer e eu não quero que doa (...) (EMManuel)*

Decorrente deste sofrimento, as mães vivenciam também a dor de se sentirem **impotentes**, de serem incapazes de livrar os seus filhos do sofrimento, sentindo-se também angustiadas e ansiosas por isso: (...) *só sei que tem de ser, que não pode mudar, dá um bocadinho de aflição, querer ajudar e não poder, impotentes, pronto. (EMRodrigo); (...)* fiquei nervosa porque queria ajudar e não podia (...) (EMRui); (...) *não poder fazer nada não poder intervir para poder acudir a criança (...)* (EMSara); (...) *e sinto-me impotente porque não consigo aliviar a dor, não há nada que eu faça que ele fique aliviado, sem dor, eu gostava de olhar para ele e dizer – pronto não tens mais dores – e a dor desaparecia. (EMManuel); (...)* ele há bocadinho quando estava a chorar demasiado fiquei triste porque eu estava ali e não podia ajudar (...) (EMRodrigo)

Um estudo realizado por Bicho e Pires (2002), também demonstrou que este sentimento de impotência das mães é comum, devido à sensação de que não poderão intervir nos cuidados às crianças nem aliviar a dor e a situação clínica destas. É a sensação de vê-las sofrer e não poder fazer mais do que prestar-lhes apoio emocional e protecção parental permanente.

Após a análise destes extractos constatámos que estas emoções e sentimentos são gerados como reacção ao sofrimento da criança, ao choro, à dor: (...) *é sempre um bebé a chorar (...)* a gente sente sempre alguma coisa (EMRui); *Qual é a mãe que gosta de ver um filho sofrer mesmo que seja obrigado (...)* qual é a mãe que gosta de ver uma bebé tão pequenina a chorar? (EMMaria); (...) *vê-la chorar eu preferia que não fizessem, para não vê-la chorar (...)* (EMSara).

De facto o choro do bebé, provoca um tipo de resposta nas mães. Devido a esta experiência de sofrimento muitas são as que choram aquando dos procedimentos dolorosos aos filhos hospitalizados. Considerámos o choro como consequência da “chuva” de emoções negativas que assolam as mães nesse momento: *Chegam à sala de tratamentos a mãe deita a Joana e chora (...)* após a punção acompanhei a enfermeira A, a Joana e a mãe ao quarto e perguntei à mãe porque tinha chorado e esta respondeu-me que chorou porque não gosta de ver a filha sofrer (NC1).

Tal justificação também é partilhada por algumas enfermeiras que consideram o choro das mães como uma reacção à dor da criança, e como expressão do seu próprio sofrimento: *É uma maneira delas mostrarem que aquilo também está a magoar a elas. (EEF); (...)* elas estão a sofrer também por o filho estar a passar por aquilo e acho que, pronto, uma das maneiras de elas mostrarem esse sofrimento é através do choro; muitas vezes, elas estão a sofrer mesmo e vivem aquilo que é como o procedimento estivesse a ser feito nelas (...) (EEA); *Choram porque sentem a dor do filho (...)* a maioria parece que está a sentir a dor (...) porque não gostam de ver o filho sofrer e não podem fazer nada para impedi-lo porque é para o bem dele. (EEE); *Há mães que choram por isso, há muitas que ficam aflitas porque elas sentem como se fosse com*

*elas, no lugar da criança, como é que elas se sentiriam a fazer a aspiração e elas têm muita afectividade com o seu filho e sentem o sofrimento do filho nelas (...) (EEC).*

Apesar destas emoções negativas serem originadas como resposta à dor das crianças, a maior parte das mães preferia passar pela experiência de sofrimento em vez destas, como visível nos extractos seguintes: (...) *preferia estar a passar por isso que seja ele porque a gente controla mais (EMRui); (...) não me importava nada de ser eu própria a sofrer pela minha filha (EMMaria).* Também nas notas de campo este facto se encontra em destaque: *Chegam à sala de tratamentos e a mãe pergunta à enfermeira se a punção poderá ser efectuada nela, porque as suas veias aparecem. (NC5)*

Em relação às **emoções positivas** (após o procedimento), salientamos o **alívio** sentido e evidenciado, após a execução do procedimento com sucesso, quando a situação desagradável terminou.

Lazarus (referido por Serra, 1999) considera o alívio como a emoção mais simples de todas. Ocorre após não se ter materializado uma ameaça importante ou as condições terem sido modificadas para melhor: *Após a enfermeira G fixar o cateter a mãe do Rui limpa as lágrimas e sorri. (NC4).* Quando questionámos a mãe sobre a razão do sorriso ela justificou: *Ao menos quando a enfermeira encontrou a veia já senti mais aliviada, porque estava perto do fim...fim do sofrimento (EMRui)*

Considerando o procedimento doloroso com uma situação, factor, fonte de stresse podemos pensar: como é que o ser humano lida com as situações de stresse? Mais especificamente: como é que as mães lidam com os procedimentos dolorosos? Que recursos e estratégias utilizam? É sobre estas questões que nos debruçaremos de seguida.

Como já referimos na parte da revisão da literatura, o conceito de coping designa um esforço consciente que o indivíduo faz, perante uma situação indutora de stresse, na tentativa de solucionar essa situação. Snyder e Dinoff (referidos por Serra, 1999) definem estratégias de coping como respostas emitidas pelo indivíduo, com a finalidade de diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de stresse. Estas estratégias de lidar com situações de stresse, têm modalidades diferentes, sendo algumas orientadas pelo indivíduo para a resolução directa do problema (*coping* centrado no problema) e outras para a atenuação das emoções sentidas (*coping* centrado nas emoções) e noutras ocasiões para a busca de apoio social (*coping* centrado na interacção social). Se têm êxito o stresse reduz-se, se não são eficazes, mantêm-se.

De facto, as enfermeiras justificam as diferentes reacções das mães, por exemplo, o facto de chorarem, o facto de se manterem distantes dos filhos como mecanismos de defesa: *Umas, acho que é defesa pessoal (...) (EEH); (...) acho que é uma maneira, uma defesa que elas*

têm (...) (EEA). Deste modo, a categoria **estratégias de coping**, subcategorizou-se em **fuga/evitamento** e **adiamento do confronto** e conseqüentemente do agrupamento dos códigos apresentados posteriormente (que se encontram em negrito).

### Fuga/Evitamento

Santos e Ribeiro (referidos por Silva 2005) referem-se à fuga/evitamento como os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) existe fuga e evitamento quando o indivíduo se afasta do assunto que o desgasta: *algumas, é aquela defesa e acho curioso aquelas mães que não querem ver, isso é uma forma de defesa também – não vejo, não estou a sofrer (EEH); Essa distância é relativa porque há mães que se afastam porque não conseguem estar presentes por defesa (...) (EEG)*

Estes esforços, na opinião das enfermeiras, são utilizados normalmente como defesa pessoal, como forma das mães **evitarem a situação que lhes provocará sofrimento**: *(...) há mães que pensam que se não vêem não sofrem (...) (EEH); (...) há outras que talvez, por falta de coragem, se afastam mas, normalmente, quase todas são protectoras e afastam-se porque é mais defesa para não ver o filho sofrer (...) (EEE); (...) pela minha experiência há mães que preferem sair ou afastar-se e não ver o procedimento doloroso ao seu próprio filho (...) para não ver, para não sofrerem, para não verem o seu filho a chorar. (EED);*

Como forma de evitar o sofrimento, também constatámos que é comum as mães **fecharem os olhos como protecção**: *(...) como não gosto de ver, fechei os olhos, queria que aquilo resultasse e ela ficasse boa (...) é uma protecção para mim, eu às vezes penso que é uma forma de egoísmo mas foi que não conseguia ver o tubo a entrar (...) (EMMaria), ou, até mesmo, **desviar o olhar**: *Desvio os olhos, não gosto de ver (...) porque ele está a chorar e dói (EMJosé); O António chorou, tossiu enquanto introduziram a sonda e a mãe mantinha-se distante com desvio do olhar (...) após em conversa com a mãe do menino questiono sobre a razão do desvio do olhar ao que ela responde que não gosta de ver. (NC9)**

Também a enfermeira C justifica, estes desvios do olhar, como defesa: *(...) desviam o olhar porque vêem que o bebé chora, que o bebé está aflito, vêem a reacção da criança, uma protecção (...) (EEC)*

Uma outra forma de fuga (imaginária segundo os autores supra-citados), são os esforços comportamentais para evitar o problema. O relato seguinte evidencia o **distrair**, tentando “dizer piadas” como forma de manter a calma: *(...) eu sou nervosa, e eu tento passar os nervos para trás dizendo piadas e tentando mudar para ver se não fico muito nervosa. (EMRui)*

Também assistimos a uma **tentativa de adiamento do confronto**, visível quando a mãe da Maria questiona a enfermeira antes do procedimento: *tem mesmo de ser, não há outra hipótese? (NC5)*

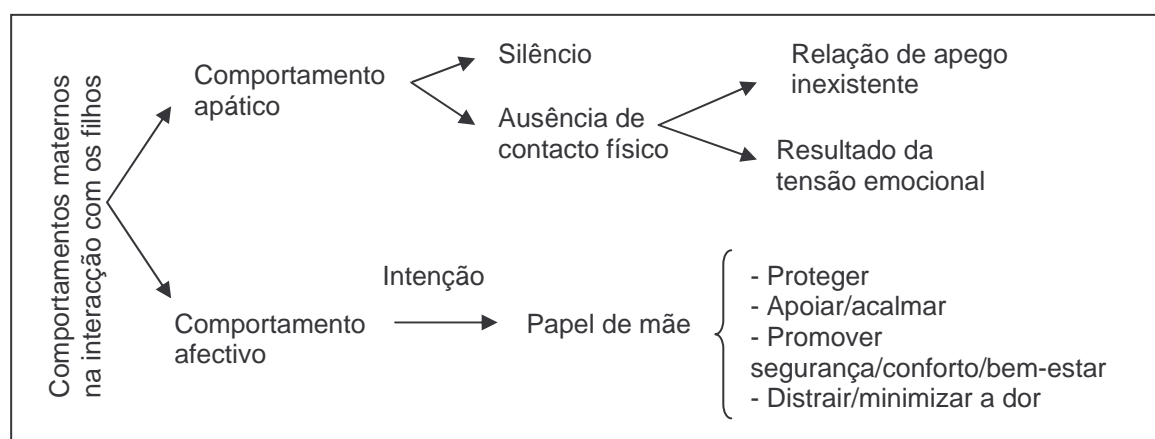
Esta experiência de assistir à dor dos filhos aquando dos procedimentos, como vimos anteriormente, despoleta nas mães emoções negativas. Estas emoções evocadas motivam as mães a respostas e comportamentos, numa tentativa de lidar com as próprias emoções.

De seguida, apresentaremos os comportamentos observáveis das mães na interacção com os filhos e enfermeiras em condições de stresse.

### 3.3- Comportamentos

#### 3.3.1- Na interacção com os filhos

Diagrama 5 – Comportamentos maternos na interacção com os filhos



Neste diagrama, verificámos dois pólos opostos no tipo de comportamentos das mães na interacção com os filhos, aquando dos procedimentos dolorosos. Serra (1999) afirma que as emoções evocadas em situações de stresse, em alguns casos, inibem a pessoa e noutros casos incentivam-na à acção. Assim, por um lado, houve mães que reagiram de forma **apática**, visível através de uma ausência de contacto físico com os filhos, justificadas pelas participantes como podendo resultar de uma **relação de apego inexistente** ou como **resultado da tensão emocional**. Por outro lado, assistimos a comportamentos das mães que, na sua maioria, exibiam **comportamentos afectivos**, como beijar, acarinhar, comunicar e aproximar-se fisicamente com a **intenção de exercer o seu papel de mãe** (acalmar, proteger, tranquilizar, promover segurança, conforto). Abordaremos estes aspectos de seguida, recorrendo a excertos elucidativos.

Como referem Bitti e Zani (1997), na análise da situação de interacção, a intenção, ou objectivo é considerada basilar e orienta a actividade dos participantes. Assim, em qualquer dos comportamentos evidenciados, tanto na interacção com os filhos como na interacção com as enfermeiras falamos em **intenção**.

## COMPORTAMENTO APÁTICO

As condições de stresse podem desorganizar bastante o comportamento usual do indivíduo (Faria, Serra & Firmino, 1989). Um estudo realizado por estes autores concluiu que, nas ocasiões de stresse poderemos falar em indivíduos vulneráveis (aqueles que já tinham experimentado distúrbios emocionais). Assim, estes indivíduos vulneráveis tendem a: tornar-se irritados e coléricos, passar muitas horas a pensar sobre os acontecimentos ocorridos, isolar-se dos outros, ficar apáticos e pouco eficientes.

Relativamente a esta **apatia**, foi possível verificar, no comportamento de algumas mães, uma certa apatia na relação com os filhos durante a execução do procedimento. Desta categoria emergiram 2 subcategorias: **silêncio e ausência de contacto físico**.

Silêncio: Quando a mãe está em silêncio está a comunicar e pela comunicação exterioriza emoções e sentimentos. Estar silencioso pode significar, para os outros, que o indivíduo nesta situação não pretende que eles comuniquem consigo, e estes reagirão de acordo com o contexto e respectivas personalidades. Mas este silêncio pode também exprimir uma situação de tensão, de satisfação, de angústia, de abandono e será o contexto que levará as outras pessoas a descodificá-lo, de uma ou de outra maneira e a reagirem (Caetano, 1978).

Pudemos assistir a momentos de pleno silêncio das mães, nomeadamente antes do procedimento, quando tomavam conhecimento da necessidade da sua execução: *A mãe do José que estava com o filho ao colo no cadeirão do quarto, junto ao berço, levanta-se após a enfermeira F dizer – vamos? – e segue-a até à sala de tratamentos. A mãe nunca falou, mantendo uma postura apática (NC6); Quando a enfermeira B chega e entra no quarto diz – vamos – a mãe do António não diz nada e levanta-se da cadeira, pegando no menino ao colo e trá-lo para a sala de tratamentos. (NC9)*

Curiosamente, podemos constatar que, estas mães são ambas de um meio sociocultural pobre, com características muito próprias. Será que não assistimos novamente à relação de poder já mencionada anteriormente, em que o que a enfermeira diz, a mãe aceita e acredita que não pode fazer nada para mudar? Ou será como resultado da situação de tensão?

Kagan (referido por Gomes-Pedro, 1989) refere que as mães de classe social mais baixa gastam menos tempo a vocalizar e a sorrir para os seus filhos, enquanto mães da classe média não só vocalizam mais, como dão mais oportunidades a uma estimulação auditiva, procurando manter mais tempo o estádio de alerta dos seus filhos. Apesar destas referências, Bayley e Schaefer (referidos por Gome-Pedro, 1989) sustentam que a

diferença entre as classes sociais é mínima, quanto aos elementos afectivos da interacção mãe-filho.

Também relativamente as estas duas mães de classe mais baixa, assistimos a uma ausência de contacto físico: *Entretanto a mãe deita o menino na marquesa após a enfermeira solicitar. Parecia que estava num mundo à parte, a mascar pastilha elástica e a olhar para o José deitado na marquesa não estabelecendo qualquer tipo de contacto físico com ele. De seguida, mantém-se longe da criança mas ao pedido de colaboração da enfermeira aproxima-se e segura nas pernas do filho mas desvia o olhar e a cabeça, olhando para os bonecos do mobile que se encontravam no tecto da sala por cima da marquesa (...) não diz uma palavra. (NC6); O António chorou, tossiu enquanto introduziam a sonda e a mãe manteve-se distante com desvio do olhar. (NC9)*

Será que esta apatia decorre apenas como resultado de uma **resposta ao stresse**, uma vez que o esperado seria a mãe proteger o filho e acalmar a sua dor? Algumas enfermeiras consideram que sim e outras justificam como resultado de uma **relação de apego inexistente**.

Quando questionadas sobre a razão desta apatia, a distância com o filho, a ausência de contacto físico, as mães justificavam com palavras como: *não gosto de vê-lo sofrer (EMJosé)* ou, *um bebé tão pequenino a chorar é horrível, não consigo ver (EMAntónio)* ou, (...) *a nível emocional eu não sei sofrer (...) porque eu começo logo a chorar e pronto, fico a chorar e choro, choro e choro e não consigo fazer nada, e não sei lidar com isso, eu fico sem saber o que hei-de fazer, fico parada (...)* (EMManuel).

Para as enfermeiras esta apatia é justificada como uma protecção, um mecanismo de defesa que as próprias mães utilizam para lidar com a situação, como já vimos anteriormente como resultado **da tensão emocional**: (...) *quando a mãe não apoia, algumas não conseguem, elas estão ali tensas, não é que elas não tenham ligação, também às vezes estão tão tensas que elas ficam sem saber como ajudar o filho (...) por ficarem chocadas e querer fazer e não conseguir, porque têm uma dor psicológica, entre aspas, de querer ajudar e não conseguir (...)* (EEC); podendo ser também por **falta de informação**: *Pode ser também uma falha da nossa parte, não ter explicado bem o que é que se ia fazer e elas depois chegam lá e ficam assustadas e, não era aquilo que estavam à espera (...)* (EEC)

Relativamente à tensão, Damásio (2004) considera-a como emoção de fundo uma vez que, quando sentimos que uma pessoa está tensa ou irritável, “desanimada” ou “entusiasmada”, “em baixo” ou “bem-humorada”, sem que uma única palavra tenha sido dita para traduzir quaisquer destes possíveis estados, estamos a detectar emoções de fundo. Conseguimos detectar emoções de fundo através de pormenores subtis relacionados com a postura corporal, com a velocidade e contorno dos movimentos, com modificações mínimas na quantidade e velocidade dos movimentos oculares e no grau de

contração dos músculos faciais. Assim, as enfermeiras interpretam determinados comportamentos das mães devido a este conjunto de sinais corporais.

Se por um lado, assistimos a uma certa apatia como resultado da tensão emocional, para outras enfermeiras esta surge como resultado de uma relação de apego inexistente ou perturbada: *não conseguem ter uma relação tão próxima à criança, dá sensação de que, a relação que se devia estabelecer que a gente está habituados, que gostaria que fosse sempre assim, não há aquela relação apegada entre mãe e filho (...) acaba por dar a sensação que não há grande interesse em colaborar com a criança para minimizar a própria dor. (EEF); Outras, a gente nota logo desde o início do internamento que é desinteresse mesmo pela criança!* (EEH); (...) *há outras que saem porque também são “frias” com a criança e mesmo a própria relação com o filho, que a gente vê noutras situações no dia-a-dia, são mães ausentes, muitas vezes são meninos que são mais ligados à avó, a outro familiar, aí essas mesmo afastam-se (...)* (EEG).

Nestes casos de apatia verificámos também que, as enfermeiras tentam estimular as mães no sentido de exercer o seu papel materno: (...) *quando a mãe não apoia às vezes a gente estimula as mães para tentar acalmar, para fazer uma “festinha”, que acaricie, algumas mães são...são poucas, mas algumas não conseguem, elas estão ali tão tensas (...)* (EEC)

Também noutra situação, que não durante os procedimentos, notámos uma preocupação constante das enfermeiras em promover o vínculo afectivo entre mãe e bebé:

*Entram no quarto e a enfermeira H questiona a mãe, olhando para o menino (mãe encontrava-se sentada no cadeirão e manteve-se): “o último leitinho foi às três?” A mãe respondeu: “sim senhora”. A criança começa a chorar, a enfermeira F pega na criança e repara que o fatinho está desabotoado e abotoa. A mãe mantém-se sentada. A criança chora. A enfermeira H pega na chucha e coloca na boca do bebé. A enfermeira F diz sorridente: “ele não gosta da chucha” e pega na criança ao colo. Como a criança não deixa de chorar (a mãe mantém-se sentada) a enfermeira F diz: “ele gosta de colo mas é o da mãe”. Nesse momento a mãe levanta-se do cadeirão e pega no menino ao colo” (NC6)*

**Memorando:** Parece que as enfermeiras comunicam verbalmente com a criança com a intenção de levar a mãe a agir, pegar no filho ao colo. Nota-se uma tentativa destas em promover o contacto da mãe com a criança, tentando reforçar o vínculo afectivo.

## COMPORTAMENTO AFECTIVO

Este comportamento materno afectivo foi essencialmente observado pelas investigadoras e referido pelas enfermeiras. Relativamente à sua intenção foi investigado através da entrevista às mães. Assim, chamamos de comportamento afectivo a todos os comportamentos evidenciados pela mãe com intenção dirigida à criança, como resposta a comportamentos de vinculação da criança.

Importa reflectir sobre o papel do afecto na relação mãe-filho, sobre a importância dos sentimentos maternos em relação a ter um filho, o “seu” filho. Sabe-se que estes sentimentos, variam em toda a extensão, mas da qual não se tem muita consciência porque quase todas as mulheres se tornam mães meigas, amorosas e dedicadas. Elas criam o que Spitz (1979) denominou, na relação mãe-filho, *clima emocional favorável*, sob todos os aspectos, ao desenvolvimento da criança, e são esses sentimentos em relação ao filho que criam esse clima emocional. Salientámos a importância da atitude emocional materna e os seus afectos, que servirão para orientar os afectos do bebé e conferir qualidade de vida á experiência deste.

Esta categoria resultou do agrupamento de diversos códigos que passaremos a enumerar:

Contacto físico: O contacto físico remete-nos o pensamento para o contacto corporal mãe-filho logo a seguir ao nascimento, conhecido como contacto precoce. Este contacto proporciona a comunicação entre a díade, quer através de sons de alta frequência da própria voz da mãe, quer através do choro do bebé que proporciona sentimentos de protecção e de ansiedade por parte da mãe, também fortalecedores da ligação (Gomes-Pedro, 1989).

Winnicott (1994) distingue três séries de actos nos cuidados que a mãe prodigaliza à criança, entre eles, o  *Holding*, que corresponde ao amparo da criança pela mãe, ela suporta-o, assegura-lhe um continente corporal graças ao seu próprio corpo no espaço. Assim, também as mães neste estudo, sentiram necessidade de estabelecer um contacto físico com os filhos: *Eu queria era pegar nele ao colo para ver se ele acalmava (EMJosé); (...) deitou a Joana na marquesa encostou a sua face à da filha e envolveu o corpo da menina com os seus braços (...)* (NC1); *A mãe do Manuel deitou-o na marquesa e estabeleceu sempre contacto físico com ele, encostando a sua face à dele debruçando o seu corpo, abraçando-o ao mesmo tempo que segurava nos seus braços, fazendo carícias (...)* (NC8); *A mãe do Rodrigo permanece séria, calma, olha para o filho, toca, acaricia a face e agarra a mão do filho* (NC10)

Podemos dizer que um sistema importante que serve para ligar a mãe e o bebé, é o interesse desta em tocá-lo. O toque maternal é muito significativo pois conforme sustenta Reve Rubin (referido por Gomes-Pedro, 1989) podem transmitir-se pelo tacto, mais estímulos afectivos, do que através de qualquer outro sentido.

Comunicar verbalmente com palavras carinhosas: Neto, Machado e Vilarinho (2006) referem-se à importância da voz dos pais uma vez que estimula o bebé em gestação, e que este, após o nascimento reconhecerá como familiares, as suas vozes. Estas vozes são consideradas como meio auxiliar de vinculação afectiva, para que se estabeleça precocemente uma relação íntima e forte entre pais e filho.

Assim, podemos afirmar que, este comunicar verbalmente com palavras carinhosas, como meio de vinculação, é uma necessidade sentida pelas mães como sinal de afecto, não verbalizada por estas, mas observada pela investigadora e referenciada por uma enfermeira: *Entretanto a mãe diz à Joana para não chorar, chamando-a de querida, pedindo para olhar para ela. (NC1); A mãe do Manuel manteve sempre contacto com o filho e sempre conversando com ele. (NC8); Elas falam com a criança para a criança não olhar, para olhar para elas (...) dizem que não vai doer. (EEF)*

Neste último extracto assistimos a outro modo por que se pode exprimir a interacção entre mãe e criança: o olhar. Neste sentido, Gomes-Pedro (1989) afirma que os olhos parecem ser as características infantis mais estimulantes para as mães.

Beijar: *A mãe traz a Maria ao colo a dormir, envolta numa manta cor-de-rosa e murmura em tom baixo que é um pecado o que vão fazer e após beija a menina. (NC5); (...) beijando a criança e dizendo repetidamente para esta não chorar, parecendo querer acalmá-la com palavras carinhosas (...) (NC1)*

Outra categoria é a “**intenção do comportamento afectivo**” que se traduz no desempenhar o seu papel de mãe: *Eu sei que estou ali e ele compreende, eu penso que ele sente que eu estou-lhe ajudando, nem que seja só aguentando a mãozinha, porque eu quando estou doente procuro é a minha mãe, mesmo que ela não possa fazer nada ela está ali, está me ajudando. (EMManuel)*

A presença das mães junto dos filhos durante os procedimentos, é por muitos autores estudada. Broome (2000) num estudo efectuado com pais acompanhantes de crianças submetidas a punções venosas, questionou-os sobre a razão de quererem assistir às punções, concluindo que, a maioria pretendia avaliar acções dos profissionais e estar presentes para acalmar a criança. Tal facto, também é referido por algumas mães do nosso estudo: *Eu prefiro estar ao pé dele e ver o que ele está a passar do que estar fora e não, não saber o que se está passando (...) eu sei que não posso ajudar em certas coisas...mas pelo menos eu estou ali e ele sabe que pode ser um apoio (EMRui); Ela precisa do meu apoio, do meu carinho, saber que eu estou ali ao pé dela (EMSara); Prefiro estar ao pé dele, para ampará-lo (...) (EMRodrigo).*

Uma das enfermeiras justifica este comportamento materno afectivo como resultado da ligação que têm com os filhos, pretendendo mesmo passar pela experiência de sofrimento em vez do filho: (...) e elas preferiam algumas verbalizam que preferiam que fizesse nelas, que deviam ser elas a sofrer que ser o filho, o que tem a ver com o amor que elas sentem com os filhos, o carinho, a ligação que têm com os filhos (EEC).

Apresentaremos de seguida os códigos que originaram a categoria **intenção do comportamento afectivo – desempenhar o papel de mãe**:

- Proteger: Soares (2001) salienta que a protecção da figura materna é a condição básica para o desenvolvimento do bebé. Também Pinto e Barbosa (2007), valorizando esta condição de protecção, referem que a mãe como objecto primário de ligação afectiva de uma criança, tem a condição de acalmá-la e protegê-la do medo, quando ela passa por uma situação desconhecida.

Por outro lado, e como vimos anteriormente, são os comportamentos de vinculação que têm por função a protecção. Quando a mãe percebe que algo pode provocar perigo para a criança através dos seus sinais verbais e não-verbais que indiquem desconforto e perturbação, pode manifestar um conjunto de comportamentos, sendo que o objectivo destes comportamentos (incluindo o restabelecer ou manter proximidade, agarrar, sinalizar à criança para a seguir, chamar, olhar) é assegurar a protecção da criança (Soares, 2001).

Desta forma, constatámos que, as mães identificam as necessidades dos filhos e como interpreta o seu choro, que aumenta de intensidade, agem em função disso: *O Rodrigo à quarta picada redobra o choro a mãe que segurava uma mão do menino, nesse momento segura na outra mão e encosta a sua face à do filho. (NC10)*

Mesmo, após o procedimento, são evidenciados comportamentos maternos afectivos com intenção de transmitir ao filho que a mãe está presente para protegê-lo: *Após o procedimento a mãe do Manuel sorri e em tom de brincadeira diz para o filho – vem cá amor, foi a última pica, estas senhoras não te dão mais picas! (NC8)*. Aquando da entrevista esta mãe referiu qual a sua intenção ao dizer isto ao filho: *Foi para brincar e para ele sentir que por agora estava tudo bem, e que a mãe não deixou fazer mais nada, era para ele não ficar chateado comigo e sentir-se protegido (EMManuel)*

Também as enfermeiras interpretam o comportamento materno referindo que, *O comportamento geralmente é de protecção do filho, todas elas agarram-se aos filhos. (EEG)*; *A mãe naquele momento vai acarinhando a criança, vai conversando, e só o facto de a mãe pegar na criança, fazer um carinho, acho que isso é muito importante para a criança saber que tem ali alguém que, apesar de estar alguém a magoar, está também alguém que está em contacto e sente o carinho da mãe (...) (EEC)*. De facto, os bebés reconhecem a sua mãe pelo cheiro e sentem-se protegidos: *(...) qual o bebé que não gosta, embora sejam tão pequeninos, mas pelo cheiro, pelo carinho, pelo afecto conhecem a sua mãe e sentem-se mais protegidos (...) (EMMaria)*.

A presença dos pais como protecção para a criança também é salientada por Bauchner, Vinci e Waring (1989), ao referirem que, uma importante função dos pais é ajudar a criança em situações “stressantes” e que, durante este tempo de stresse e dor as crianças querem estar com os seus pais, esperando protecção por parte deles, e se tal

não for possível, pelo menos conforto. Demonstraram ainda que, a separação dos pais nestes momentos poderá exacerbar a sua ansiedade.

Em relação a esta presença, de facto um estudo comprovou que a maioria dos pais pretende estar presente durante a execução de procedimentos dolorosos acreditando que, a sua presença ajuda a criança, eles próprios e até os profissionais de saúde (Kyritsi, Matziou, Perdikaris, Zyga et al, 2004)

- Apoiar / acalmar: Brazelton (1995) salienta que durante a hospitalização o papel dos pais é apoiar a criança de modo a poderem ajudá-la a vencer a experiência. Neste estudo, tanto as enfermeiras como as mães reconhecem este papel de apoio: *O papel naquele momento é ser mãe, apoiar, dar carinho, dar conforto (...) (EEH); Acho que o papel da mãe é um papel de apoio, de protecção. (EEE); O apoio ao meu filho, acho que é uma tábuca de salvação, por assim dizer (...) (EMManuel); O papel da mãe naquele momento é dar apoio, acalmar...acalmar mesmo a criança, acho que é mesmo isso, tranquilizar, acalmar, dar apoio (...) (EEA)*

- Promover segurança / conforto e bem-estar: Durante a hospitalização a presença de um dos pais é vital se a criança tem de enfrentar exames e tratamentos dolorosos e, só o facto desta sentir que a mãe está presente e que a ajudará o mais que puder, é importante para que se sinta segura (Brazelton, 1995). De facto, a promoção desta segurança é valorizada tanto pelas mães como pelas enfermeiras: *(...) o papel da mãe é de protecção e de segurança perante a criança; a criança ao ver que a mãe está ali, no fundo, olha para o ambiente difícil porque tem pessoas estranhas e muitas delas já sabem o que vai acontecer porque já conhecem o ambiente físico, já associam a sala a maldade e a mãe é fundamental porque é uma pessoa que é uma referência, é uma pessoa conhecida que está lá; mas muitas vezes os pequeninos, que estão numa fase de desenvolvimento que não percebem e olham para as mães e, a gente até nota que eles fazem “queixinhas”, como quem diz – estás aqui e estás a deixá-las a fazer maldades – (sorri) depende do desenvolvimento da criança. (EEG); (...) o papel da mãe é muito importante ali porque a criança está com estranhos, precisa de alguém que tenha uma relação mais íntima e alguém para lhe transmitir segurança e, acho que não há ninguém melhor que a própria mãe dessa criança (EEC); (...) ela estava só com um bracinho, pronto, não estava confortável, convinha tirar a blusinha para a bebé sentir-se melhor (...) durante aquele procedimento fixamo-nos na bebé e no bem-estar dela (EMMaria)*

Como podemos constatar através dos extractos anteriores e como afirma Bowlby (referido por Soares, 2001), a relação de vinculação está centrada na regulação da segurança, no sentido em que há uma figura (vinculada) que procura protecção e há uma figura (de vinculação), concebida como sendo mais forte e mais capaz de se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda em caso de tal ser

necessário. Até mesmo durante a experiência dolorosa, torna-se fundamental esta promoção de segurança e conforto pela mãe.

- Distrair / minimizar a dor: Importa salientar que, quando as crianças estão ocupadas com alguma actividade que as interessa, é menos provável que elas dêem atenção ao procedimento (Algren e Arnow, 2006). Será que o distrair a criança tem como intenção minimizar a dor? Através dos extractos seguintes constatámos que, as mães tentam distrair o filho: *Chegam à sala de tratamentos, a mãe senta o João na marquesa e chama a atenção para os bonecos do mobile que se encontra pendente no tecto por cima da marquesa. (NC2); O Rui chega à sala de tratamentos ao colo da mãe. Encontrava-se choroso. A mãe distrai o filho apontando para um palhaço que se encontrava fixo na parede em frente à porta de entrada da sala e diz ao filho: olha, tão giro o palhacinho! (NC4); Distrai-lo para ele não sentir dor, para ele ver que eu estou ali, que estou-lhe ajudando, que nada lhe vai acontecer (EMManuel);*

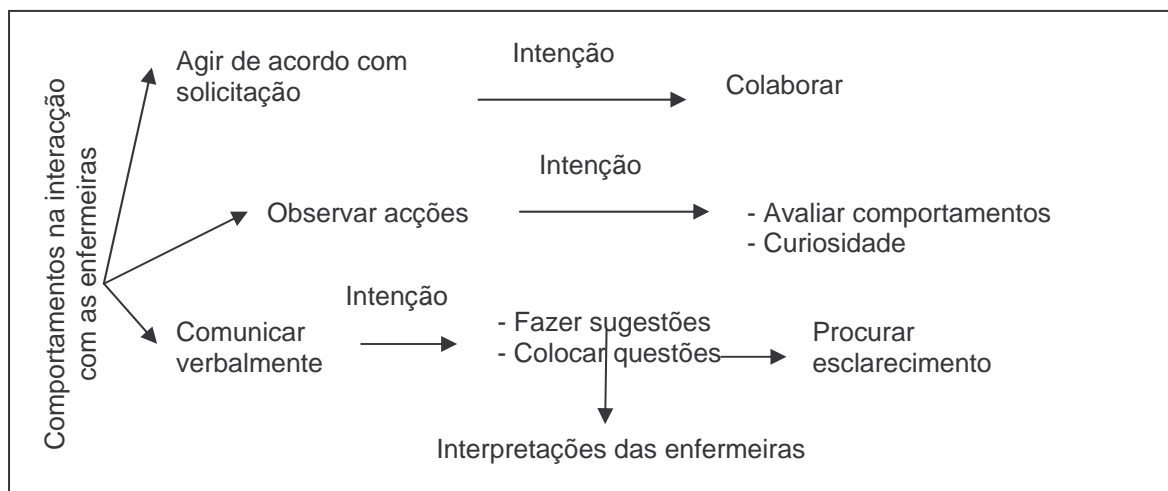
Como podemos constatar esta distração acontece em períodos anteriores à inserção da agulha, períodos em que a dor ainda não teve lugar. Realmente, um estudo realizado por Kleiber e McCarthy (1999) demonstrou que os pais tendem a usar a distração em alturas em que a criança não demonstra ansiedade, quando está mais calma, por exemplo, antes do procedimento.

Também as enfermeiras consideram que a presença da mãe poderá contribuir para a minimização da dor da criança, através do seu apoio: *[presença da mãe] (...) nos procedimentos torna-se menos doloroso para a criança (...) (EEF); Apoio à criança...tem de estar ali à beira dela para apoiar, distrair, para minimizar a dor que se vai provocar, para acalmar a criança. (EEF)*. Esta distração, associada à minimização da dor, parece referida pela enfermeira como uma estratégia que as mães utilizam para reduzir os níveis de ansiedade das crianças, acalmando-as. De facto, num estudo de intervenção realizado por Carlson et al. (2000), a distração durante os procedimentos dolorosos demonstrou ser efectiva na redução de comportamentos de stresse na criança, dor e medo durante a punção venosa.

Podemos afirmar, em suma, que, a mãe humaniza tudo o que rodeia a criança através das suas palavras, contacto físico e sua presença conferindo o sentido de segurança à criança. Por mais importante que seja o comportamento de vinculação para a criança e o comportamento materno para a mãe, a interacção mãe/criança tem como meta o contacto íntimo, que funciona como um estímulo para a criança que, com todo o equipamento sensorial que possui, é reactivo a esse contacto.

### 3.3.2- Na interacção com as enfermeiras

Diagrama 6 – Comportamentos das mães na interacção com as enfermeiras



Relativamente aos comportamentos evidenciados na interacção com as enfermeiras verificámos também as suas intenções porque, como afirma Berlo (1999), na interacção as acções têm uma intenção inerente. Por esta razão, em qualquer comportamento das mães, na interacção com as enfermeiras, está subjacente uma intenção. De salientar, também, as interpretações sobre os comportamentos dos outros em qualquer situação de interacção (enfermeira interpreta comportamentos da mãe).

Começaremos por abordar a primeira categoria relativamente ao comportamento das mães na interacção com as enfermeiras **agir de acordo com solicitação**. Inerente a esta categoria, salientamos, a intenção desta acção: **colaborar**.

Assim, é evidente através dos extractos seguintes a responsabilidade que as mães sentem em ajudar a enfermeira a desempenhar melhor o seu papel: *Auxiliar a enfermeira ou enfermeiro a fazer melhor o seu trabalho (EMAna)*. Muitas vezes esta colaboração tem como principal objectivo minimizar a dor dos filhos e contribuir para eficácia do procedimento: *O que é que eu tenho de fazer? Aguentar as mãos. Então vou aguentar as mãos até não poder, que é para fazer bem feito, para não magoar (EMAna)*

Por vezes até, as mães alteram o seu comportamento na interacção com as enfermeiras de acordo com as circunstâncias do procedimento, pensando no bem da criança, como notório no extracto seguinte e respectivo memorando:

*Na sala de tratamentos quando a enfermeira visualiza os braços da Maria na tentativa de seleccionar o melhor acesso venoso, como não consegue visualizar bem pede à mãe ajuda para despir a camisa interior da menina. A mãe suspira e responde que está muito frio ao que a enfermeira G diz para despir apenas de um lado. Mas ao mesmo tempo que a mãe a despe*

*murmura que é um pecado, mantendo uma expressão muito séria ao contrário da enfermeira G e D que se mantêm com uma postura calma e serena. Ao fim de algumas tentativas infrutíferas para canalizar veia por fragilidade venosa, a enfermeira G diz que a camisa está muito apertada e a mãe responde com prontidão que se pode tirar tudo. (NC5)*

**Memorando:** parece que quando a enfermeira pede à mãe para retirar a manga da camisa para permitir uma melhor visualização dos acessos venosos, a mãe não aceita muito bem para manter a filha confortável mas, quando vê que a eficácia do procedimento pode depender do tirar ou não a camisa a mãe prontifica-se de imediato a colaborar.

A confirmar esta interpretação das investigadoras, aquando da entrevista, a mãe da Ana referiu a intenção da sua mudança repentina de comportamento: (...) *ela estava só um bracinho, pronto não estava confortável, convinha tirar a blusinha para a bebé sentir-se melhor e, dar mais oportunidade às enfermeiras para recolher o sangue. (EMMaria)*

Relativamente ao **observar acções** das enfermeiras, nas notas de campo são visíveis estes comportamentos: (...) *e por instantes a mãe da Joana olha para o local onde as enfermeiras tentam puncionar, olhar este que se repete periodicamente no decorrer da punção. (NC1); A mãe da Maria permanece tensa e quase sem reacção a olhar fixamente para o que a enfermeira faz. (NC5); De salientar que a mãe da Sara manteve uma postura calma, relaxada e sempre olhando para o que a enfermeira fazia. (NC7); A mãe olha por momentos para o local onde tentam puncionar e abraça o menino (...) (NC8); A mãe do Rodrigo permanece muito séria, olha para a criança (...) e quase sempre, a maior parte do tempo olha para o que as enfermeiras fazem. (NC10)*

Esta observação tem como principal **intenção avaliar comportamentos**: (...) *para saber realmente o que estão a fazer, se estão a picar bem, se estão agindo bem com a minha filha, o bem-estar dela (...) (EMMaria); Ver se está tudo bem, ver se estava a magoar, eu sei que elas não têm intenção de magoar, aquilo é para ajudar e não ferir e por vezes para ajudar é preciso magoar (...) (EMManuel); Também, num estudo realizado por Pinto, Fernandes e Teixeira (2001) a mãe observa, compara, questiona e tira conclusões acerca dos profissionais de saúde tanto em termos técnicos como pessoais.*

Por outro lado, para além da avaliação destes comportamentos as mães referem que outra intenção em observar acções das enfermeiras prende-se com a **curiosidade**: *Sou curiosa, gosto de ver realmente o que estão a fazer. Mesmo se sou eu própria a ser picada eu não consigo desviar o olhar, eu tenho que ver. (EMMaria); (...) para ver o que estavam fazendo, mais por curiosidade...se a senhora for ao meu serviço, a senhora vai olhar, não vai perceber nada, mas vai olhar para ver o que é que eu estou a fazer, e eu estava a olhar para ver como é que fazem. (EMRodrigo).* Mas não estará sempre presente uma intenção de avaliar as acções das enfermeiras? Mesmo quando as mães comunicam verbalmente com as enfermeiras

durante os procedimentos não estará sempre presente uma intenção de avaliação ou tentativa de interpretação de comportamentos?

De facto, verificámos que quando as mães comunicam verbalmente com as enfermeiras têm como intenção **colocar questões no sentido de procurar esclarecimento e fazer sugestões.**

**Procurar esclarecimento:** De forma geral, as mães colocavam questões de modo a pedir esclarecimento sobre diferentes situações:

- Dor sentida pelo filho: *A mãe do Rui antes da punção, na sala de tratamentos, questiona a enfermeira G sobre se o filho irá sentir dor quando estiver com a agulha o que a enfermeira responde que ele irá sentir uma impressão.” (NC4)*

- Instrumentos utilizados: *Entretanto a mãe do Rui pergunta á enfermeira G o que estava na seringa e qual a sua função. (NC4)*

- Eficácia do procedimento: *A mãe do Rui olha para a compressa com sangue e questiona a enfermeira G, com expressão de assustada, se já tinham conseguido puncionar a veia. (NC4); A enfermeira D vê sangue no cateter e pede-me os frascos a mãe da Maria questiona se está a sair sangue e se é preciso encher o frasco todo. A enfermeira D responde que os frascos são pequenos e que está a correr. (NC5)*

- Linguagem utilizada pelas enfermeiras: *Às vezes acontece que não temos consciência do que estamos a dizer e, não temos consciência que se calhar estamos a prejudicar a mãe mas, quando isso acontece as mães, pronto, se a gente fala em infiltração, as mães não sabem o que é e perguntam e nós então respondemos e elas ficam mais clarificadas e, se calhar mais calmas. (EED)*

**Fazer sugestões:** Notamos, também, que as mães fazem sugestões aquando da realização dos procedimentos às crianças: *A mãe da Maria após várias tentativas de punção, enquanto a enfermeira D visualiza os acessos venosos, sugere apontando para o seu braço – aqui mais ao lado não se consegue, vendo assim pelas nossas?” Ao que a enfermeira D responde com calma – não senhora, porque as veias dos bebés são mais finas e não aparecem. (NC5); A mãe do Manuel enquanto as enfermeiras avaliavam os acessos venosos sugeriu que se o cateter já não estava permeável porque não tiravam de vez. Ao que a enfermeira H responde é melhor depois. (NC8)*

Não serão estas sugestões formas de afirmação das mães e desejo de participar nos cuidados aos filhos? Fernandes (2000) relativamente a esta afirmação refere que, a comunicação entendida quer como facto quer como fenómeno social é uma realidade inter-humana que, a nível individual emana da dialéctica necessidade do indivíduo de, por um lado, ser ele mesmo, e, por outro, de cooperar na elaboração e no desenvolvimento

da sua própria personalidade, e, de se afirmar face a si mesmo e face aos outros, através de processos de participação, de envolvimento, de recusa ou renúncia.

Centralizando o conceito de comunicação na sua dimensão sociopsicológica e definindo, por isso, comunicação como um processo dialéctico, através do qual um indivíduo transmite estímulos para modificar ou influenciar o comportamento do outro ou dos outros, a comunicação apresenta-se aqui como a base de toda e qualquer interacção social. Assim, a comunicação aparece como um fenómeno relacional, no qual os seus intervenientes ou agentes interagem entre si, formando um ciclo de acções e de reacções, ou seja, de estímulos e de respostas através de percepções mútuas, de mecanismos de interpretação, de motivações conscientes ou inconscientes e até de processos subjectivos.

Estas sugestões não poderão ser também formas de exteriorizar o que as mães pensam, ou o que desejam? Isto porque, Fernandes (2000) afirma que o Homem é um ser social mas também é um ser isolado dentro do seu próprio mundo interior. É através da linguagem que ele procura satisfazer a necessidade humana de romper a barreira que os separa dos outros e dá forma exterior à sua consciência ou ao seu puro estar, perante si mesmo, através de palavras, de sons, de gestos ou de movimentos físicos, emanados de algo que se realiza no seu íntimo e dele é parte integrante.

Assim, como em qualquer processo de interacção, estas sugestões feitas pelas mães são também interpretadas pelas enfermeiras.

### **Interpretação da enfermeira quando a mãe faz sugestões**

Por um lado, o facto de as mães sugerirem algo no que concerne à execução do procedimento, é interpretado pela enfermeira F como **invasão** do que considera ser a sua competência: (...) *ter a sensação que a mãe está-se a meter um bocado naquilo que é nosso (...)*. De facto, Belro (1999) refere que quando um indivíduo sente que a sua posição é atacada poderá reagir negativamente, o que nos leva a afirmar que a forma como as mães dão sugestões ou fazem críticas provocam reacções nas enfermeiras. Estas reacções irão depender do tipo de crítica: (...) *depende de como a crítica é feita (...) aceito a crítica, quando é uma crítica positiva (...) quando a crítica é destrutiva e não está a ajudar nada eu, nesses momentos, normalmente ignoro. Não faço comentários. Prefiro ignorar, não respondo às mães assim. (EEH); (...) as sugestões eu aceito, mas também lhes tento fazer ver que, muitas vezes, não pode ser naquele local, não pode ser daquela maneira; com conhecimentos tento sempre informá-las porque é melhor assim ou porque é melhor doutra maneira, tento sempre justificar o porquê das coisas; e elas após a explicação aceitam muito melhor. (EEA); (...) às vezes incomoda mas, por outro lado a gente vê...às vezes incomoda porque também depende da sugestão que nos dão; às vezes se é uma sugestão que a gente vê*

*que a mãe afinal tinha razão – olhe aqui tem uma melhor veia e se fizer assim – se ela segura a criança de uma maneira e a gente segura de outra, às vezes nisso elas têm um bocadinho de razão, mas são raros os casos mas, há outras que dão sugestões que às vezes não são as melhores, não são as mais adequadas para o momento (...) (EEC)*

Então a aceitação da enfermeira relativamente às sugestões, o que estas chamam de críticas depende da forma como essa crítica é feita. Assim, depende também da interpretação que a enfermeira faz à crítica.

Por outro lado, estas sugestões são também interpretadas como uma necessidade das mães em ajudar as crianças, porque revelam melhor conhecimento sobre os filhos: (...) *há aquela crítica construtiva e nós dizemos – ah, se calhar a senhora tem razão – e se calhar tentamos fazer (...) elas é que são as mães e elas conhecem o filho melhor do que nós (...) (EEH); (...) já me aconteceu que as mães realmente dizem – não faça assim, olhe que ali pica melhor – eu acho que algumas já estão tão habituadas a ver esses procedimentos que já sabem melhor que nós, muitas vezes, onde é que dói menos (...) se for uma punção, onde é que se consegue uma veia logo à primeira (...) (EEA); Fazem sugestões porque acham que pode ajudar e porque dando sugestões tentam que seja menos doloroso para a criança, sempre pensando no bem dos filhos (...) (EEE); (...) se calhar é uma forma dela se sentir útil, se calhar, para tentar ajudar. (EED);*

As sugestões poderão também ser interpretadas como uma forma de mostrar desacordo com algumas acções das enfermeiras, por defenderem que é agressivo para a criança: (...) *por vezes não gostam que a gente puncione no pé e dizem – ah e se tentasse aqui no braço – aí é uma forma, uma alternativa que tentam encontrar à...porque há sítios que as mães ficam chocadas e quando nós puncionámos, por exemplo, nos pés, para nós já é uma coisa tão comum que, às vezes as mães chocam-se quando a gente vai puncionar e dizem – ah, nos pezinhos, mas porquê? – e isso choca e então dão outras alternativas – porque é que não picam no sangradouro – e claro, a gente tem que ter paciência e saber gerir, tentar explicar as razões porque vamos puncionar nos pés. (EEG)*

Por vezes, relativamente a estas críticas, como verificámos na parte final deste extracto, as enfermeiras tentam gerir da melhor forma e normalmente explicam as razões das suas acções: (...) *quando dão sugestões temos que dizer que, nós enfermeiras é que sabemos...explicámos à mãe que, nós é que sabemos, qual a melhor veia, nós palpámos, explicamos à mãe que esta veia é melhor, por isso e por aquilo (...) (EED)*

Podemos então dizer que as enfermeiras interpretam os comportamentos das mães em várias situações e como sabemos, acontece em todas as situações de interacção. E como fazem essas interpretações? Baseadas em quê? Através do comportamento exterior:

- Por um lado através de **expressões faciais** (olhar e tom de voz): (...) *se há pais que a gente vê a olhar (...) a gente explica que nas crianças é assim, porque faz-se de maneira diferente para não fazer ruptura das veias, para ser uma colheita mais certa! (EEH); (...) até parece que a forma do olhar delas e o tom de voz que usam é como se elas não confiassem em nós, pensam que nós estamos a magoar o filho de maneira “bruta” (...) algumas mães ficaram magoadas connosco (...) eu interpreto isso pelo olhar delas, porque acha que pelo olhar demonstra muita coisa ou a forma como elas depois reagem, as suas reacções, a forma como depois falam connosco...eu interpreto isso assim (...)* (EEC)

De facto, e segundo Rispail (2003) diz-se muitas vezes, a propósito de uma pessoa, que o seu olhar diz muito. O olhar é um modo particular de orientar os olhos para um objecto, uma pessoa. Estes constituem um sistema complexo, sensível, capaz de uma expressão, podendo traduzir e reflectir emoções, sentimentos, confiança e desconfiança, acesso à consciência. Podemos dizer que, o olhar humano é uma verdadeira fonte de luz, um instrumento que pode influenciar o outro.

Phaneuf (2005) também considera importante observar a expressão dos olhos do doente, pois são estes que geram os comportamentos não verbais mais reveladores, sendo a região ocular particularmente expressiva. No olhar, realmente, podemos “sentir ferver a cólera ou arder o fogo da simpatia”.

- Por outro lado estes comportamentos também são interpretados através da **postura**: *Entretanto a enfermeira E dirige o olhar para a mãe e pergunta se a mãe quer assistir. A mãe encontrava-se muito afastada do menino, desde que o deitou na marquesa (...) após o procedimento quando questionada porque o fez, a enfermeira E referiu que fez a questão porque, achou que, a mãe estava muito afastada do filho e parecia que não queria assistir. (NC9). Aqui, verificámos que, a enfermeira avaliou o comportamento da mãe (distante do filho), interpretou a sua intenção (não querer assistir) e agiu de acordo com a sua interpretação (como interpretou que a mãe não queria assistir, questionou).*

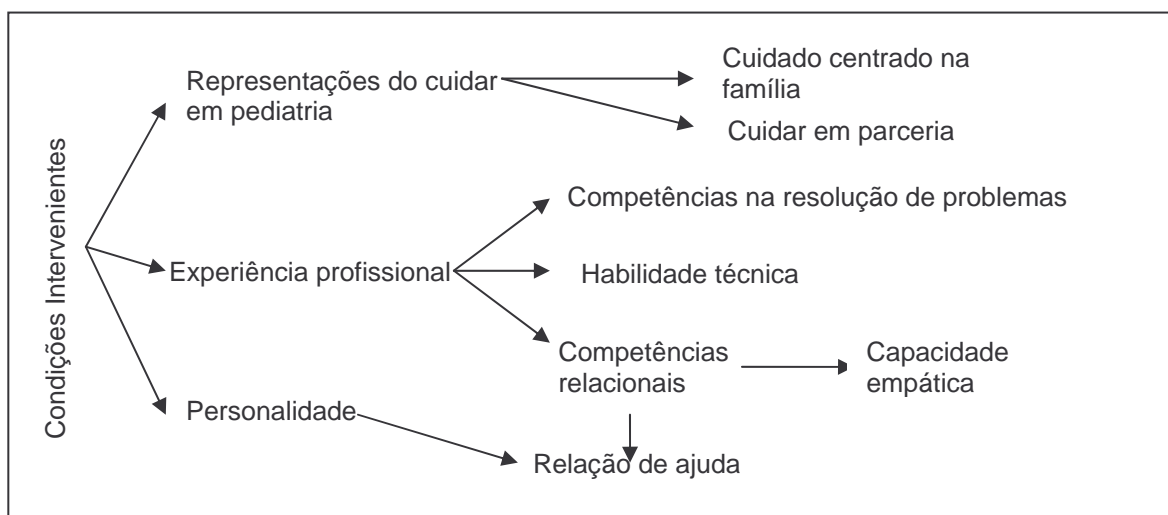
Após abordarmos os resultados relativamente à resposta das mães passaremos a apresentar os resultados relativos à resposta das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos.

#### 4- Resposta das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos

Assim como as mães, também a resposta das enfermeiras é afectada por uma série de condições intervenientes, ou seja, factores que condicionam o tipo de resposta à situação.

##### 4.1- Condições intervenientes

Diagrama 7 – Condições intervenientes na resposta das enfermeiras



Podemos dizer que a resposta das enfermeiras ocorre dependendo das representações que têm do cuidar em pediatria, experiência profissional, e mesmo da própria personalidade, constituindo estas as categorias deste tema. Passaremos a abordá-las separadamente.

##### a) Representações do cuidar em pediatria

A categoria “representações do cuidar em pediatria” subcategorizou-se em “cuidado centrado na família” e “cuidar em parceria”. Considerámos estas representações do cuidar como factores intervenientes no tipo de resposta das enfermeiras aos procedimentos e como reacção à resposta das mães. Esta resposta demonstra estar condicionada pelo papel que as enfermeiras atribuem à importância da presença dos pais durante o internamento e, nomeadamente, aquando dos procedimentos de enfermagem dolorosos. De facto, Blair (2004) salienta que, permitir a presença da família é consistente com um modelo holístico de cuidados de enfermagem; ou seja, torna-se mais fácil aceitar certos comportamentos das mães acompanhantes se as enfermeiras considerarem importante a presença destas durante os procedimentos: (...) *também explicámos que é importante para a criança a mãe permanecer junto a ela no sentido de acalmá-la, nós não conseguimos substituir as mães. (EED); (...) por mais que uma pessoa pergunte se a mãe quer permanecer junto ao seu filho, na minha opinião, ela deve permanecer, mesmo que custe, ela é que acalma o filho, ela como mãe é que acalma o filho nessas situações e não uma enfermeira e,*

*uma pessoa deve incentivar a mãe a ficar, a permanecer junto da criança...se elas não quiserem temos de aceitar. (EED)*

Também nas notas de campo assistimos a este incentivo das enfermeiras para que as mães ficassem junto das crianças: *A enfermeira F entretanto diz à mãe do José – não é melhor ficar? A senhora fica para ele sentir que está aqui, vira a cara (...) após o procedimento quando questionámos a enfermeira sobre a sua intenção ao incentivar a mãe a assistir esta refere que o fez por considerar que a criança sente a presença da mãe e fica mais calma (...) (NC6)*

Desta forma, a presença dos pais durante o internamento e procedimentos é considerada de extrema importância para as enfermeiras deste estudo. Do mesmo modo, um estudo realizado por MacLean, Guzzetta, White, Fontaine, Eichhorn, Meyers et al. (2003) cujo objectivo era identificar práticas das enfermeiras de salas de emergência relativamente à presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos, concluiu que esta presença seria fundamental porque a família, entre outras coisas, permite o apoio emocional ao doente.

Relativamente ao **cuidado centrado na família**, os extractos seguintes evidenciam a importância atribuída não só à criança mas também à sua família: *(...) cuidar é diferente de tratar (...) ao tratar a criança e cuidar tem que se pensar que se tem uma família, que está com ela” (EEF); (...) quando estamos a cuidar em pediatria não estamos só a cuidar da criança, estamos também a cuidar do cuidador que sofre, que tem sentimentos (...) cuidar em pediatria, no comum entendimento, é cuidar de família (...) nunca nos podemos esquecer que é como se fosse um apêndice, que está ali ao pé dela que também faz parte, que está internada também com aquela criança. (EEH); (...) ai...é uma ciência! Ser enfermeira de pediatria...é tratar de crianças doentes, que são pessoas, que são crianças, que pela sua...imaturidade orgânica, não é...não se conseguem defender, esperam que os seus pais as defendam nas punções, nos procedimentos dolorosos...huum...e acho que, ser enfermeiro em pediatria, nunca devemos separar o binómio criança/pais/cuidador, quando falamos em criança, falamos sempre, temos que falar sempre na sua família, porque elas nunca estão sozinhas... (EED); (...) em pediatria é sempre criança e família. (EEG);* Inerente a este cuidar centrado na família, passaremos a citar os códigos que originaram esta subcategoria:

#### Estabelecer relação de ajuda com criança/família

Tal como abordamos na parte da revisão da literatura, a relação de ajuda é fundamental no cuidado à criança/família, que engloba todo um processo de ajuda interpessoal, respeito e confiança: *(...) eu acho que cuidar em pediatria é estar presente, mas é estar com a família e com a criança e isso a gente tem de, primeiro, estabelecer uma relação de ajuda interpessoal, através da comunicação saber o que é que eles gostam, atendendo à fase de desenvolvimento da criança e ter uma relação com eles e depois a partir daí...porque nós já sabemos que eles, em pediatria, estão num ambiente diferente, que não estão no seu ambiente*

*familiar então, temos de minimizar isso da melhor forma (...) cuidar é isso, implica que o enfermeiro estabeleça com a criança e família uma relação pessoal de amizade e de confiança, através da comunicação, de uma forma competente, minimizando a dor (...) (EEG)*

A relação de ajuda possui um carácter particular. Não é uma conversa amigável, não é uma expressão brilhante da pessoa que ajuda, também não é uma discussão no sentido de troca de pontos de vista e de objecções entre os interlocutores. De que se trata então? E o que tem de particular esta relação? Ela é absolutamente original porque a pessoa que a estabelece, a que ajuda, está essencialmente voltada para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento (Phaneuf, 2005).

### Respeito pela cultura

Esta enfermeira, valorizando a cultura da criança e família remete-nos para a importância da prestação de cuidados culturalmente orientados, sedimentados na cultura particular de cada família: *(...) temos que ver sempre a família num todo, aqui em pediatria é sempre a família e a criança, temos de ver a criança num todo, desde o seu meio cultural, outras etnias, por vezes temos também crianças da raça cigana (...) (EEG).*

Esta ideia de cultura faz-nos pensar na importância do cuidar transcultural de Leininger. Leininger (1997) refere que um enfermeiro não pode prestar cuidados de forma eficaz e competente se não compreender os valores culturais, crenças e modos de vida das pessoas a quem os cuidados são dirigidos. Um ser humano é mais do que um ser físico e mental. Os seres humanos nascem, vivem e casam-se, trabalham e morrem num contexto cultural, o que inclui a espiritualidade, a religião, as relações de parentesco, a economia e o modo como os indivíduos são educados – isto é, todos os aspectos de cada cultura. Esta teoria do cuidado transcultural, é única na medida em que, analisa os significados, expressões, símbolos, modelos e práticas dos cuidados culturais que ajudam os enfermeiros a compreender de um ponto de vista cultural a saúde, a doença e as incapacidades de pessoas de culturas diversas ou semelhantes.

Assim, e como cada enfermeiro assume o seu próprio modelo de prestação de cuidados, salientámos também a importância de um cuidar com respeito pela cultura da família e da criança inserida nesse contexto familiar. Acrescentámos ainda que, e com base no referido por Leininger (referida por Welsch, 2004), o cuidar em enfermagem congruente ou benéfico pode ocorrer apenas quando o indivíduo, grupo, família, comunidade ou os valores, expressões ou padrões de cuidar cultural são conhecidos e usados adequadamente e de forma significativa pela enfermeira com as pessoas.

### Cuidado técnico e relacional

Este conceito de cuidado em pediatria, é para nós de extrema importância, na medida em que traduz a verdadeira essência da enfermagem: (...) *é prestar sempre cuidados de excelência e a nível sempre técnico, com conhecimentos, a nível técnico mas também a nível relacional (...) acho que a parte relacional em pediatria é muito importante porque, acho que as mães mesmo assim, apesar de ser um procedimento doloroso aceitam melhor que a gente falhe, de repente, a picar uma criança Mas, se tivermos uma relação com elas, mostrando disponibilidade, mesmo empatia, estarmos disponíveis, termos respeito por aquela senhora que está ali à nossa frente e pela criança, acho que elas acabam por aceitar melhor, acho que a relação, a parte relacional é muito importante e eu acho que isso é uma junção das duas, mas é sobretudo a parte relacional. (EEA)*

De facto, quando falamos neste cuidado bifocal, pensamos de imediato na abordagem da enfermagem como ciência e arte. Benner e Wrubel (referidas por Lopes, 1999) acrescentam que o ideal moral da enfermagem não é apenas aplicar um conjunto de técnicas aprendidas mas sim é importante que o enfermeiro participe na prática para que consiga atingir uma excelência que lhe permita pôr a técnica ao serviço da pessoa, transformando a prestação de cuidados numa arte e preservando deste modo a dignidade da pessoa humana.

### Criança como cliente especial

Outras enfermeiras valorizam a criança referindo as suas características de fragilidade e sinceridade como razão de a considerarem como cliente especial - *Cuidar para mim em enfermagem pediátrica...a criança...a criança para mim é um cliente muito especial porque a criança é assim...tudo o que nós fazemos e se a gente olhar bem para ela, ela com o seu olhar transmite que precisa de ajuda, uma criança com 2 anos já utiliza alguma linguagem mas não é tão...não constrói tantas frases como as crianças mais crescidas mas, basta o olhar de uma criança e, ver a sinceridade dela, se ela gosta de nós mostra que gosta de nós, se ela está triste mostra que está triste, se ela está magoada mostra isso e, para mim, é um cliente muito especial, pronto...mas eu, apesar de tudo a gente também tem de explicar o que se vai fazer e, para mim, fascina-me mais esse cliente que qualquer outro (EEC)*

Algumas enfermeiras defendem, também, que os pais deverão desempenhar um papel activo durante o internamento dos filhos, continuando a prestar os cuidados básicos e mantendo os afectos, construindo sempre um **cuidar em parceria** com o objectivo de promover a segurança e conforto da criança: *Devem continuar a fazer tudo que fazem em casa, dar banho, alimentar a criança, brincar com ela, mimá-la (...) (EEF); O papel da família tem de ser de total envolvência (...) a mãe tem que participar nos cuidados, e nós fazemos isso, que elas participem nos cuidados de higiene, quando fazemos os procedimentos (...) (EEH); A mãe deve acompanhar o seu filho ou filha, colaborar connosco, acho que é uma parceria entre a mãe e*

*entre a enfermeira, sempre para o bem da criança, e é isso que a gente explica, e elas prestam cuidados também, acabam por prestar cuidados ao filho (...) (EEA); Por exemplo, os cuidados que devem assegurar, os cuidados de conforto para a criança, não só conforto a nível de cuidados de higiene, não é só dessa área mas também conforto da segurança pessoal que transmite à criança e acho que, também é fundamental a família para transmitir essa segurança à criança e ao mesmo tempo proporcionar amor porque, a palavra amor nunca se usa muito em pediatria, mas eu penso que a criança se receber um carinho e amor quando está internada...para já, está num ambiente estranho, está a lidar com pessoas estranhas, tem que ter alguém que transmita segurança e esse carinho que ela precisa no seu dia-a-dia para ser uma pessoa equilibrada, porque a criança nunca deixa de ser pessoa e, o ser humano precisa de todas as vertentes, desde o amor ao afecto como os cuidados de higiene e conforto, saúde. (EEC)*

De salientar que as enfermeiras têm, de igual forma, presente que só poderão contribuir para uma efectiva participação dos pais nos cuidados se os mantiverem informados: (...) *explicarmos tudo, para elas perceberem o que se vai passar, explicar se têm dúvidas em relação às patologias (...) que elas estejam sempre bem informadas, assim podem participar com mais segurança. (EEH)*

## **b) Experiência profissional**

A experiência profissional remete-nos para uma teórica de enfermagem, Benner, e seu estudo realizado com enfermeiras. Esta teórica tinha como objectivos estudar a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, examinar a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica, e o conhecimento articulado, que é inerente à prática de enfermagem.

Da experiência, e do contacto com os doentes e familiares, as enfermeiras adquirem todo um leque de respostas, de significados e de comportamentos, destinados a fazer frente às situações mais extremas (Benner, 2005). A maior parte das enfermeiras deste estudo são, na sua maioria, consideradas peritas. Será por essa razão que demonstraram uma grande capacidade ao nível da resolução de problemas? Relativamente a isto, a referida autora salienta ainda que, a experiência é necessária para a perícia. A perícia, em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação de situações clínicas. Isto encontra-se visível quando as enfermeiras peritas tomam a decisão de deixar de puncionar quando não conseguem, após avaliar o estado da criança e estado emocional da mãe.

As enfermeiras consideram esta experiência em pediatria importante, contribuindo para que a criança e mãe tenham uma experiência mais positiva: (...) *nós temos um pouco mais de experiência com crianças do que outros serviços têm (...) fazem colheitas no laboratório, não têm aquela experiência e os meninos às vezes são puncionados muitas vezes, as tais tentativas de aspirar se é uma criança muito pequena, “rebenta” as veias e depois vêm para nós e a gente*

*faz daquela maneira (...) e elas dizem (...) pois, realmente desta maneira é muito melhor e é muito mais depressa e a senhora conseguiu logo. (EEH); (...) uma enfermeira num posto de colheitas não consegue puncionar uma criança à primeira (...) há pessoas que puncionam e não têm tanta experiência com crianças e a criança chega aqui e nós conseguimos porque temos mais experiência (EEE).*

Qual a relação entre experiência e competência? Uma assunção do modelo de Dreyfus (referido por Benner, 2005) demonstra que, com a experiência e o domínio, a competência transforma-se e, esta mudança, leva a um melhoramento das actuações. Assim, dado que a experiência é um dado fundamental para um melhoramento das actuações podemos falar em transformação ao nível da **resolução de problemas**.

Benner (2005) acrescenta que, para poder resolver eficazmente um problema, é necessário envolver-se e acreditar naquilo que se faz. Com efeito, os problemas mais difíceis necessitam de uma grande sensibilidade e de um bom espírito de análise. A perícia depende do envolvimento da pessoa numa dada situação. A perita apreende rapidamente um problema fazendo uma comparação com situações similares, ou opostas, já vividas. Por vezes, quando não conseguem puncionar as enfermeiras adoptam estratégias após avaliarem a situação: *(...) a gente está a fazer o procedimento e a criança está tão agitada que o melhor é parar, aguardar mais uns minutos e depois recomeçar (...) a criança ia dar uma volta, os pais tentarem acalmar a criança (...) quando se voltou já à terceira vez já a gente conseguiu com mais facilidade (EEF);*

Verificámos que, esta enfermeira perita após avaliar uma situação decidiu parar, incutir esforços para acalmar a criança, pedindo colaboração aos pais e recomeçar após. Também nas notas de campo estas estratégias tornam-se visíveis: *Ao fim da terceira tentativa para puncionar veia, sem sucesso, a mãe da Maria questiona a enfermeira se já tinha acabado o martírio. A enfermeira D responde dizendo que não e pede à mãe que pegue na menina ao colo pois esta necessita descansar um pouco antes de tentar novamente. (NC5)*

Em algumas situações as enfermeiras estabelecem um número de tentativas limite para puncionar, *(...) até à terceira vez tudo bem, se tem de ser muito bem tenta-se mais uma vez, senão é falar com o médico e o médico arranja outra estratégia, nem que seja intramuscular ou oral, mas estar sempre a puncionar para depois rebentar as veias, por norma não. No máximo dos máximos costumo ir até à terceira vez e já é muito (...) (EEF), pensando na dor da criança, na reacção dos pais e na sua própria ansiedade: Mais que três, já estou a ver, ou vou ficar muito ansiosa já não vou conseguir, ou a mãe já está ansiosa.*

Não serão estas estratégias já um reflexo da experiência profissional e competência na resolução de problemas?

Alfaro-LeFevre (1996) refere que, se um enfermeiro tem habilidade para resolver problemas, então já sabe muito sobre pensamento crítico. De várias formas, o pensamento crítico é semelhante com uma versão de elevar o nível de qualidade do método de resolver problemas. Podemos então afirmar que, pensamento crítico é a chave para resolver problemas e consideramos que é aperfeiçoada pela experiência profissional.

A maior parte das vezes, como resultado de um pensamento crítico, esta decisão encontra-se dependente de uma decisão médica porque as enfermeiras consideram que não poderão decidir: (...) *muitas vezes são situações que têm de cumprir a terapêutica endovenosa e por vezes é necessário contactar o pediatra de serviço, só que isso aí, a decisão cabe ao médico (...) se não consigo após várias tentativas telefone ao médico para saber se posso passar a medicação para outra via ou se pode ser puncionado mais tarde (EEE); Parámos, contactámos o pediatra de serviço e ele decide se continuámos ou mudamos a via de administração do medicamento. (EEE)*

Podemos verificar numa nota de campo também esta dependência do poder médico: *Entretanto a enfermeira G entra na sala e a enfermeira D explica o que se passou dizendo - consegue-se mas a veia rebenta - e conversam entre si sobre o dia em que a menina iniciou antibiótico. A mãe entretanto questiona - quantos dias ela tem de fazer - ao que a enfermeira D responde - normalmente são 8 dias. A mãe questiona - o que se faz nestas situações? A enfermeira D responde - vamos falar com o médico (...) A enfermeira G diz - ela já foi muito picada, nas mãos, nos braços, nos pés. A enfermeira D continua - vamos falar com o médico e ele vai decidir. (NC5)*

Mas é ponto assente que, ao fim de três, quatro tentativas, quando não conseguem, tomam a decisão de parar após avaliar estados emocionais tanto da criança como da mãe; a criança acalma e depois recomeçam. Considerámos esta estratégia já como resultado de uma habilidade desenvolvida ao nível do pensamento crítico, prevenindo problemas. Após tentarem novamente, e não conseguirem, é que tomam a decisão de falar com o médico, no sentido deste passar a medicação endovenosa para oral ou intramuscular ou até suspender, conforme a situação.

Por estas razões muitas vezes pedem colaboração às colegas para tentarem: (...) *normalmente quando não consigo até à terceira vez, peço a outra colega que está de turno para ver se consegue (...) (EEG); O que faço normalmente é, aguarda-se às vezes um pouco, deixamos o bebé descansar, a mãe acalmar também o bebé, porque às vezes o bebé está tão choroso, tão choroso que, não vale a pena estarmos ali a martirizar, descansa um bocadinho e depois tento novamente ou outra colega (EEA); Outra estratégia que eu uso também é: tento uma vez fazer uma colheita, tento a segunda vez, se estou a ver que é difícil ou estou a ficar muito ansiosa então peço a uma colega para me ajudar. (EEH);*

Todas estas estratégias são planeadas por considerarem as várias tentativas para puncionar a criança traumatizante tanto para a criança como para a mãe, contribuindo para o aumento da tensão e ansiedade destas: (...) *torna-se traumatizante para a criança, traumatizante para nós e traumatizante para os pais, porque no final o bebé é nosso também (EEF); (...) também vejo a mãe naquela ansiedade, o bebé a chorar e tento sempre chamar outra pessoa com mais experiência (...)* (EEA);

Se for uma situação urgente, por vezes estas estratégias não poderão ser utilizadas, como podemos verificar nos extractos seguintes: (...) *paramos, dizemos à mãe para pegar na criança ao colo, para tentar acalmá-la e depois puncionámos mais tarde, se não for urgente, porque às vezes é urgente e tem de ser na altura.*” (EED); *O que fazemos é tentar descansar um pouco, falar com a mãe a nível de comunicar, falar com a mãe e criança, tentar descansar, muitas vezes mandámos ir até à sala lúdica e depois voltar, para desanuviar um pouco, para reduzir a tensão (...)* só que, por vezes, são situações urgentes, não dá para actuar dessa forma. (EEG)

É interessante verificar que uma enfermeira com menos tempo de experiência em pediatria, refere que, quando não consegue puncionar fica ansiosa, e apenas tenta duas vezes, recorrendo a uma colega com mais experiência: (...) *normalmente eu quando não consigo tento chamar sempre uma colega com mais experiência do que eu porque começo a ficar nervosa e, por causa disso às vezes também me dificulta um bocado o conseguir (...)* (EEA)

Tal situação remete-nos para o desenvolvimento da **habilidade técnica**, decorrente da experiência. De facto há autores que defendem que, nos casos da punção venosa deverão ser as enfermeiras com mais experiência a realizar o procedimento (Folkes, 2005).

Alfaro-LeFevre (2005) considera o domínio das habilidades técnicas, tais como a administração de injeções, monitorização de vias endovenosas e outras habilidades que envolvam equipamento e coordenação, como elemento importante no desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente, na área clínica. Isto porque, uma vez familiarizada com os princípios e as habilidades manuais envolvidos no uso de novos equipamentos, a enfermeira está habilitada para direccionar o seu poder de raciocínio para o que está fazendo com o cliente, mais do que para o equipamento.

Consideramos como “condição interveniente” esta habilidade técnica, como subcategoria, porque, dependendo desta habilidade, as enfermeiras peritas normalmente conseguem puncionar à primeira ou segunda dada a sua experiência, o que poderá não acontecer com uma enfermeira iniciada avançada ou competente. Tal facto irá influenciar a sua resposta ao procedimento a nível de segurança, controlo da situação e maior facilidade na resolução de problemas. Por exemplo, Benner (2005) afirma que, a solução encontrada por uma enfermeira experientada e perita para resolver um problema, será

diferente da de uma enfermeira principiante e competente. Esta diferença pode ser atribuída ao saber fazer adquirido através da experiência.

De igual forma as mães valorizam esta experiência das enfermeiras em pediatria: *Foi mais fácil, foi só chegar e tirar, acho que já é mais experiência a lidar com crianças (EMSara)*; Esta experiência também contribuiu para uma sensação de alívio em algumas mães, tendo em conta a habilidade técnica: *Eu entrei não estava muito preocupada porque eu sei que aqui é mesmo de crianças (...) hoje foi um alívio, um alívio para mim, que aquilo foi chegar e tirar, ontem na urgência aquilo rebentou as veias dela, foi um penar, ela a chorar, credo! (EMSara)*

A subcategoria “**competências relacionais**” refere-se às competências que, pelo tempo de perícia as enfermeiras foram desenvolvendo na relação com os pais e crianças, tendo em conta as diferentes situações já vivenciadas. Tais competências são essenciais para o sucesso do procedimento, para o sucesso das intervenções de enfermagem na relação com as mães e com as crianças. Estas competências englobam de igual forma, todas as habilidades interpessoais e capacidades das enfermeiras em estabelecer relações interpessoais positivas.

A respeito destas habilidades interpessoais, Alfaró-LeFevre (2005) salienta que o desenvolvimento de habilidades interpessoais é tão importante quanto o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico. Afirma ainda que, se um enfermeiro não consegue estabelecer relações interpessoais positivas, é pouco provável que obtenha os factos reais, compreenda os verdadeiros problemas e consiga ajudar as pessoas ou seja um membro actuante da equipa. Muitas pessoas acreditam que as habilidades de comunicação constituem a chave para relações interpessoais positivas.

Tal facto, encontra-se em destaque, principalmente, pela dificuldade verbalizada de uma enfermeira com menos tempo de serviço em pediatria, em comunicar com as mães das crianças e em lidar com as diferentes reacções destas, assim como na preparação para o procedimento, defendendo que deveria haver mais formação nessa área: (...) *acho que deveria haver mais formação a nível de comunicação nesse aspecto, com as mães, com as crianças (...) lidar, comunicar com senhoras que têm os filhos internados, com as mães dos bebés, por exemplo, a nível dos procedimentos, o que nós devíamos dizer, nós fazemos com alguma formação mas, se calhar é essencial mais para prestar os melhores cuidados, o preparar para o procedimento. (EEEx<sup>6</sup>)*

Pelo contrário uma das enfermeiras peritas considera esta comunicação com as mães como uma rotina diária, não sentindo dificuldade em comunicar com estas: *Acho que já estamos tão habituadas a ter este comportamento de explicar, tentar acalmar a criança e a mãe que já se torna quase como que uma rotina na nossa prática. (EEE)*

---

<sup>6</sup> Ocultado

Outra enfermeira perita refere-se a esta capacidade relacional como fundamental para lidar com as crianças e mães, tornando-se mais fácil acalmá-los, principalmente as mães: (...) *gosto muito de trabalhar em pediatria e por vezes, as enfermeiras deviam ter certas relações para tratar de...para arranjar aquelas técnicas de lidar com, para acalmar a criança a sua mãe, principalmente a mãe, pois é, mas por vezes é muito difícil...mas tento falar com a mãe da melhor maneira, pronto, se não percebem, tento explicar (...)* (EED).

Por outro lado, duas enfermeiras peritas recordam que, em termos de competências relacionais estas se foram transformando com a experiência, resultando daí uma melhor compreensão/aceitação das atitudes das mães: *Conforme fui trabalhando fui percebendo as mães e, respeitando (...)* *Nunca faria isso com a minha filha, não faria, eu como mãe entendo que devo estar sempre ao pé dela, nos momentos mais próximos, nos momentos mais difíceis* (EEEx); respeito pelas suas decisões: *Respeito, é como disse, ao princípio custava mais a aceitar mas respeitava, agora já aceito melhor* (EEH); habituação progressiva às especificidades das crianças: *E a minha experiência tem vindo a mudar. Inicialmente, eu se calhar achava que era mais direccionada à criança, depois fui formando os pensamentos ao longo dos anos, mas é um cuidar diferente, é um cuidar em que a criança muitas vezes, e nessas idades principalmente, não sabem identificar as queixas, não sabem identificar (...)* *nós sabemos que eles estão a sofrer, normalmente, que é o choro que é uma coisa que nós vamos nos habituando também* (EEH); habilidade para acalmar a mãe e a criança: (...) *é assim, inicialmente quando comecei a trabalhar na pediatria sentia-me, pronto, era pior, porque não tínhamos aquela habilidade, aquela técnica de acalmar a mãe e a criança, já trabalho aqui há x anos e a técnica vai-se adquirindo e, mesmo assim, hoje em dia, pronto sabemos que é necessário os procedimentos dolorosos (...)* (EED)

Esta competência relacional muitas vezes contribui para um ambiente livre de tensões, como visível no extracto seguinte: *Após a enfermeira x informar a mãe da Ana que teria de aspirar secreções, iniciou um diálogo com a mesma sobre a menina referindo que se tivesse mais uma filha chamaria de Ana porque gosta muito do nome. Entretanto a mãe sorri e a enfermeira y que se encontrava a terminar a preparação do material também sorri. A enfermeira x mantém a comunicação com a mãe questionando sobre a sua profissão e a difícil colocação no mundo do trabalho.* (NC3). Uma vez que, esta enfermeira com pouca experiência em pediatria não teria ainda oportunidade para transformar a sua competência relacional em pediatria, não poderemos também referir que a competência relacional das enfermeiras tem a ver não só com a experiência mas também com a **personalidade**?

### c) Personalidade

Como tivemos oportunidade de observar, por exemplo, uma enfermeira perita dirige a sua acção à criança brincando e cantando, e segundo ela: *eu sou mesmo assim, gosto de brincar com as crianças* (EEC). Esta característica da enfermeira foi muito valorizada pela mãe do

Rui no momento da admissão: *O atendimento da enfermeira C com as crianças é ótimo (EMRui).*

Considerámos este atendimento, como factor facilitador da interacção porque actuou como contributo para a mãe sentir-se segura: (...) *sentimo-nos seguras quando elas estão mais atenciosas (...) não são tão ríspidas (EMRui); contributo para adaptação e redução da ansiedade: (...) *gostei muito do atendimento daquela senhora enfermeira e pronto, a pessoa vai-se sentindo mais adaptada, vai-se acalmando mais. (EMRui) e contributo para redução do medo do desconhecido: (...) *porque uma pessoa quando está nova nisso tudo está sempre...o que é que vai encontrar e já se sabe, tendo um apoio, uma pessoa sempre ajuda, vai-se também acalmando com isso. (EMRui)***

Relativamente à personalidade das enfermeiras, as mães consideram ainda que: (...) *além de serem enfermeiras são pessoas como nós (...) não são pessoas de quererem fazer mal (...) têm sido excelentes pessoas. (EMMaria)*

Passaremos a descrever os códigos que originaram a categoria **personalidade da enfermeira**:

- Pacientes: *Elas têm muita paciência (...) há pais que gostam de saber tanta coisa (...) tudo aos pormenores (...) e elas estão respondendo com paciência, a dizerem a explicar tudo direitinho, repetem três, quatro vezes para a gente perceber. (EMSara)*

- Simpáticas: *O serem simpáticas e muito cuidadosas (...) (EMRui); (...) são pessoas simpáticas (...) (EMMaria)*

- Preocupadas com a mãe e criança: (...) *estão fazendo o seu papel para bem, para a saúde do bebé. (EMMaria); (...) têm feito o possível e o impossível para correr tudo bem (...) (EMMaria); (...) houve uma que disse que se eu quisesse sair, ou que se não tivesse à vontade, para sair, preocuparam-se também um bocadinho comigo (...) (EMAna); (...) a enfermeira perguntou-me se eu estava me sentindo bem, é sinal que elas também se preocupam com o acompanhante ou, neste caso, com a mãe. (EMRodrigo); (...) preocupadas para ver se a bebé está bem-disposta, se está correndo tudo bem (...) (EMMaria); Acho que se preocupavam mais com ele, porque ele é que necessita de amparo (...) (EMRodrigo); Porque é o meu filho que precisa delas, eu preciso que olhem pelo meu filho, porque a gente resolve-se mas, principalmente por ele porque eu não quero que nada lhe aconteça. (EMManuel).*

Apesar de as enfermeiras terem como prioridade o atender a criança, porque a mãe possui maior capacidade de defesa: *Primeiro a criança e só depois a gente passa para a mãe (...) normalmente a criança também está chorosa...depois a mãe acaba por saber defender-se melhor (...) (EEF), por vezes também,*

- Tentam dar apoio: (...) *a enfermeira perguntou-me se eu estava me sentindo bem, é sinal que elas também se preocupam com o acompanhante ou, neste caso, com a mãe. (EMRodrigo); Mas*

às vezes elas dizem – oh mãe, não chore, isto é para o bem dele – tentando me dar apoio, pronto acho que elas fazem o seu melhor (...) (EMManuel).

Também num estudo realizado por Moreno, Jorge e Moreira (2003) as mães reconhecem o apoio demonstrado pelas enfermeiras, referindo-o como vital para a redução da sua ansiedade e medo, transmitindo segurança e facilitando a sua adaptação.

Serão estas características das enfermeiras, descritas pelas mães, um contributo para a **relação de ajuda**? De facto, uma das mães considera que o objectivo das acções das enfermeiras é ajudar: (...) *elas podem fazer o que quiserem mas, elas tentam à sua maneira, e elas ajudam, elas acabam por ajudar, a gente sabe que elas não nos estão fazendo mal, estão nos ajudando.* (EMManuel)

Concordando com Stefanelli e Carvalho (2005), podemos dizer que, a pessoa que o enfermeiro é e as condições nas quais ele se encontra, no momento em que comunica com o doente, têm importância vital no processo de comunicação. Tudo o que ele é, diz ou faz, ou seja, o seu comportamento, comunica alguma coisa e pode afectar o comportamento do doente. Neste caso, podemos dizer que tudo o que a enfermeira faz ou diz, pode afectar o comportamento da mãe.

Algumas mães também referem que o facto de algumas enfermeiras serem mães contribui para a melhor compreensão do seu sofrimento: *Também deve custar a elas, penso eu, não só por ser enfermeiras mas muitas são mães, portanto devem compreender* (EMMaria).

Será que não podemos dizer que, e tal como afirma, Belro (1999) a experiência aumenta a nossa compreensão sobre determinado fenómeno?

Mesmo as enfermeiras que não são mães, reconhecem que as colegas que são mães terão uma maior **capacidade empática**, porque sabem o que é ser mães e ver um filho sofrer: *Eu não sou mãe mas acho que o facto de a enfermeira ser mãe entende melhor o que a mãe está a sentir naquele momento (EEx<sup>7</sup>); (...) eu não sou mãe, não tive ainda essa experiência mas, pela minha experiência e pela observação que tenho com as minhas colegas que punçionam crianças e que são mães...claro que elas possivelmente, não digo todas mas, ficam mais nervosas se calhar porque, pensam que aquela criança podia ser filho delas, não é...têm aquela relação de se por no lugar, empatia.* (EEx<sup>8</sup>)

Assim, podemos dizer que esta compreensão poderá actuar como condição interveniente no tipo de resposta dada pelas enfermeiras no contexto da interacção, na relação com as mães e com as crianças.

---

<sup>7</sup> Ocultado

<sup>8</sup> Ocultado, pois permitiria identificar as enfermeiras participantes, no seio da equipa;

Mas a enfermeira E salienta ainda que, apesar de facilitar a compreensão não poderá ser entendida como uma questão de competência: (...) *mas não é uma questão de competência, ela consegue sentir melhor, mas não quer dizer que consiga acalmar melhor aquela mãe, melhor que uma que não sabe o que é.* (EEE)

Outra enfermeira salienta que o facto de ser mãe poderá aumentar a sua capacidade empática, compreendendo melhor o sofrimento da mãe, considerando esta capacidade como factor facilitador da interacção e conseqüentemente reflectindo-se nas suas acções: (...) *o facto de eu já ser mãe facilita-me bastante, a compreensão, o dar apoio, porque era aquilo que eu gostaria que me fizessem a mim, acho que isso é bastante positivo (...) faz com que eu fique também mais sensível mas para prestar um apoio àquela senhora (...)* (EEx)

O respeito como fundamental na relação de ajuda também está patente. Será que o facto de a enfermeira atender às preferências das mães não será também uma forma de as **respeitar**? Este respeito evidencia-se quando a enfermeira D salienta que, por exemplo, como sabe que as mães não gostam que se puncione na cabeça, ela evita fazê-lo precisamente por isso: *Quando é na cabeça a mãe reage, pergunta se tem de ser mesmo, mas também eu raramente vou à cabeça (...) precisamente porque as mães não gostam mas, quando não há outra maneira de puncionar uma veia, a criança tem de fazer a medicação, para o bem dela, temos de ir à cabeça.* (EED)

Nestes casos, quando tem mesmo de o fazer, como forma de respeitar a decisão da mãe, justifica a sua opção: (...) *temos que explicar muito bem que, não há problema nenhum (...) que é tão doloroso como é doloroso nas mãos (...) que é mais rápido (...) eu ainda me esmero mais a fazer a explicação que é para ela perceber que ali não há problema nenhum (EEH); (...) as mães reagem muito mal quando se pica uma criança na cabeça mas, depois de explicar, se calhar em vez de estarmos a picar em vários sítios ao mesmo tempo e que a criança vai sofrer muito mais e ali na cabeça, normalmente, a gente consegue logo.* (EEA);

Considerámos estas explicações como um total respeito pelas necessidades das mães, pois não tentam impor, mas sim, explicar a razão das acções com respeito pelas suas decisões: (...) *houve uma mãe inclusivamente que nunca me deixou puncionar na cabeça, e nunca consegui...expliquei, expliquei mas pronto, respeitei a vontade dela porque ela disse que se eu picasse a cabeça ao menino ele ia ficar deficiente (EEH).*

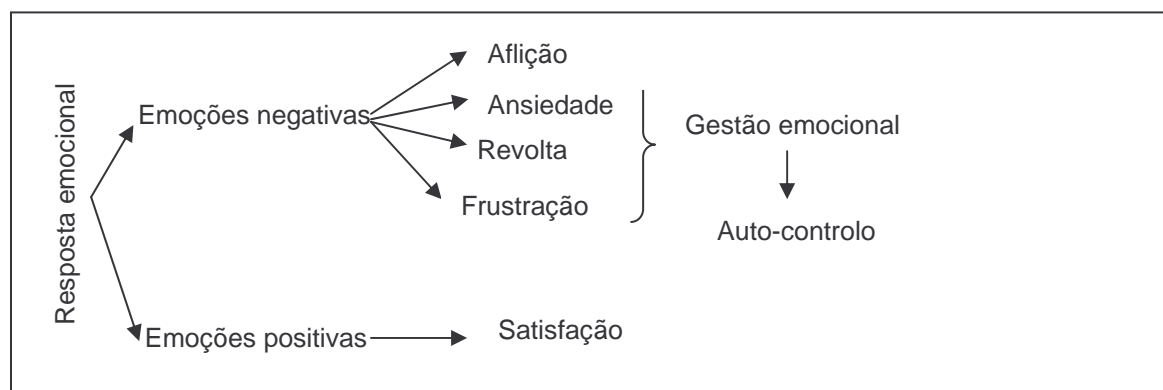
Como constatámos, são diversos os factores, que afectam o tipo de resposta das enfermeiras aquando da execução dos procedimentos de enfermagem dolorosos, que se reflectirão no tipo de resposta dirigida tanto às crianças como às mães. Passaremos a descrever esta resposta das enfermeiras, começando por referir-nos à resposta emocional, no contexto da interacção.

## 4.2- Resposta emocional

Tal como as mães, as enfermeiras também reagiram emocionalmente no contexto da execução dos procedimentos. Se para as mães, a necessidade de executar o procedimento já constitui uma fonte de stresse, para as enfermeiras este é considerado um acto rotineiro comum da prática de cuidados. Assim, as suas respostas emocionais evidenciaram-se em situações específicas, quando:

- Não conseguiam puncionar a criança (emoções negativas);
- Como reacção aos comportamentos das mães (emoções negativas);
- Quando executavam o procedimento com sucesso (emoções positivas).

Diagrama 8 – Resposta emocional das enfermeiras



A categoria **emoções negativas** subcategorizou-se em “aflição”, “frustração”, “revolta” e “ansiedade”. Tais emoções evidenciaram-se quando as enfermeiras não conseguiam puncionar ou como reacção aos comportamentos das mães.

O sentimento de **aflição** foi referido por uma enfermeira como resposta ao comportamento de uma mãe, que não comunicou com o filho durante todo o procedimento: *(...) os pais mesmo não falando chegam-se à beira, fazem um miminho (...) dá aflição é quando nem falam, nem fazem miminhos, não fazem nada. (EEF)*

A **ansiedade**, também é referida por algumas enfermeiras quando não conseguem puncionar e em parte devido à ansiedade manifestada pelas mães: *Sinto-me ansiosa (...) há mães que nos deixam mais tranquilas e nós vamos tentando e a mãe está calma e a gente aí consegue, consegue fazer as coisas com mais calma mas, aquela mãe que está nervosa essa mãe transforma (...) (EEH); (...) se a mãe está muito ansiosa, para já deixo de puncionar a criança, vamos parar e vamos pensar porque é que a mãe está assim e vamos tentar ajudar a mãe e é claro que, uma pessoa fica nervosa, stressada, não é, não gosta também de ver a mãe assim, ficamos inseguras para puncionar a criança (EED).*

Esta ansiedade manifestada pelas enfermeiras é muitas vezes percebida pelas mães: (...) *acho que a enfermeira estava um bocadinho nervosa porque outra enfermeira chegou, picou e tirou no pezinho, a outra acho que estava nervosa ou porque estava vendo chorar, não sei. (EMSara); Elas preocupavam-se porque não conseguiam apanhar a veia nos pezinhos, porque não conseguiam apanhar a veia, acho que qualquer pessoa ficava ansiosa e queria era apanhar a veia (EMMaria).*

O sentimento de **frustração** encontra-se muitas vezes associado à **revolta**: (...) *fico muito, muito revoltada, frustrada mesmo (...) (EEA); Inicialmente quando não consigo puncionar sinto-me um bocadinho frustrada, e a frustração aumenta quanto mais vezes falho, e começo a ficar ansiosa e a transpirar quantas mais vezes punciono (...) (EEE); (...) quando não consigo aí sinto-me frustrada porque falhei e porque estou a causar um sofrimento à criança e isso, nós temos consciência de que causamos dor e tentámos minimizar da melhor forma essa dor e, quando sabemos que não conseguimos à primeira ou segunda, terceira sentimo-nos frustradas. (EEG)*

Relativamente à frustração, Slepj (1998) salienta que, quando nos deparamos com a impossibilidade de atingir um objectivo que nos tínhamos proposto, sofremos de frustração. É um sentimento afim da desilusão. O autor refere ainda que, se pode reagir à frustração adiando a meta a atingir, procurando objectivos e estratégias mais simples de pôr em acção.

Esta frustração variou de enfermeira para enfermeira. Exemplo disto é o facto da enfermeira C justificar essa pequena frustração com a dificuldade venosa de algumas crianças: (...) *quando não conseguimos puncionar é um bocadinho frustrante, mas às vezes também é porque as crianças são difíceis, mas não fico assim tão frustrada porque sei que às vezes é mesmo difícil (...) (EEC).*

Como consequência, também, encontramos uma enfermeira que se sente culpada pela dor provocada, considerando um erro: (...) *e só o facto de elas já estarem ali para fazerem aquele procedimento, já é doloroso, ainda mais, se é por minha culpa, entre aspas, porque acontece com toda a gente, pronto isso acontece, errar. (EEA)*

Este sentimento de culpa, devido ao erro considerado (não conseguir puncionar), é para duas enfermeiras razão para por em causa o seu papel de enfermeira: *E às vezes, quando não consigo puncionar, sinto que se calhar já não sou boa enfermeira, entre aspas, isso afecta-me bastante. (EEA); (...) a gente sente-se, além de saber que estamos a transmitir dor, ainda nos sentimos pior, a gente sente-se realmente...isso interfere um pouco, sentimo-nos pouco profissionais. (EEG)*

O enfermeiro, socialmente reconhecido pelo seu papel profissional, com expectativas, privilégios e responsabilidades é também uma pessoa. Um ser com sentimentos e emoções, que não se circunscreve apenas ao seu campo de trabalho, mas que o ultrapassam, envolvendo toda a sua esfera relacional, como a família e amigos. O

enfermeiro constantemente lida com situações que provocam aumento dos níveis de stresse. É fundamental que aprenda a reconhecer as suas emoções, promova o auto-conhecimento, o auto-controlo, seja auto-crítico e desenvolva estratégias de *coping*. (Borges, 2006)

Perante situações de stresse responsáveis por alterações emocionais, o enfermeiro necessita de habilidades necessárias para as prevenir ou diminuir. Falamos na sua capacidade para **gerir emoções**.

Estas enfermeiras tentam acima de tudo não transmitir estas emoções negativas: (...) *a gente procura não transmitir que estamos ansiosas mas há mães que nos vão deixando mais ansiosas (...) (EEH)*. Nesse sentido, as enfermeiras desenvolvem técnicas de **auto-controlo**. Lazarus e Folkman (1984) referem-se ao conceito de auto-controlo como estratégia de *coping*, como os esforços cognitivos de regulação dos próprios sentimentos e acções.

Nesta subcategoria **auto-controlo**, salientamos o esforço que as enfermeiras evidenciam no sentido de controlar as suas emoções de modo a não revelá-las, como consequência de situações de tensão e de grande ansiedade: (...) *mas tenho de ver a mãe que está à nossa frente...se está ansiosa ou não, porque é assim...a ansiedade tem em consideração que, a dor gera ansiedade já por si própria e a ansiedade exacerba a percepção da intensidade da dor e, se a mãe sabe que a gente vai provocar a dor ao filho, através dos procedimentos dolorosos já gera ali uma ansiedade que é natural nestas situações e essa ansiedade muitas vezes transmite-se para nós; agora, temos de respirar fundo também e contar até dez baixinho (sorri) ...são estratégias de defesa (...) (EEG)*

Corney (2000), a respeito do reconhecimento destas emoções, refere que, é fundamental o profissional reconhecer as suas reacções emocionais de forma a não interferirem com os cuidados a prestar ao doente.

No seguinte memorando é interessante verificar que, a ansiedade da mãe transmite-se à enfermeira e esta tenta encontrar estratégias para que o procedimento seja executado com sucesso:

*(EEH) Eu tive uma mãe na consulta externa que tinha um bebé muito pequenino, era um bebé com poucas semanas mas já tinha tido muitos problemas e já tinha feito muitas análises, já tinha feito muitas coisas e foi difícil fazer uma colheita! E essa mãe estava num estado de ansiedade tão grande que eu fiquei mesmo muito, muito, muito ansiosa e acabei por dizer – pronto mãe vamos agora descansar um bocadinho, vamos dar descanso ao bebé um bocadinho e depois faz-se outra vez – e depois correu muito bem.*

**Memorando:** Mãe com bebé muito pequeno, com poucas semanas, já com alguns problemas e que já tinha feito muitas análises, sendo difícil puncionar a criança. Esta mãe estava num estado

*de ansiedade tão grande que o transmitiu à enfermeira ficando esta também muito ansiosa. Devido ao facto de não conseguir puncionar associado à ansiedade da mãe, ficou ansiosa, tentou gerir as emoções e resolveu parar, dar descanso ao bebé e depois recomeçou e correu bem.*

Por vezes, a enfermeira C refere que, é difícil gerir as suas emoções, originando como consequência um tom de voz áspero: (...) *eu falo por mim, tento ficar calma e não receber essa ansiedade, e é difícil gerir isso, e é difícil abster-me dessa situação, por vezes, também o tom de voz não me sai assim da melhor forma, às vezes sai um tom de voz assim, um bocadinho, mais áspero e isso também...é preciso saber gerir isso e às vezes não é fácil (...)* (EEC). Esta enfermeira continua afirmando que, apesar de ser difícil geri-las, tenta encontrar “forças” internas para tentar gerir a tensão da interacção: (...) *o que tento fazer...eu tento respirar fundo...tentar buscar no meu interior formas de acalmar a mãe, tentar minimizar a ansiedade, conversando com ela primeiro, às vezes distraíndo, às vezes brincando com a criança (...)* às vezes dá certo, nem sempre dá certo mas a maior parte das vezes dá certo, também o facto de a gente esboçar um sorriso, não é esboçar um falso sorriso porque isso, as mães também percebem (...) (EEC)

Outra estratégia utilizada pela enfermeira, para reduzir a ansiedade da mãe e a sua própria, é brincar com a criança, considerando esta brincadeira como factor facilitador da interacção, contribuindo para um ambiente menos tenso: (...) *outras mães até gostam que a gente brinque com as crianças, sentem-se mais descontraídas porque a gente preocupa-se com o filho e é uma forma também de minimizar o medo da criança e também minimizar a ansiedade das mães (...)* (EEC)

Estas estratégias também são referenciadas no seguinte memorando:

*Eu fico também às vezes um bocadinho em stresse; e às vezes, há mães que se revoltam também nessas situações, não é só o choro, às vezes ficam revoltadas e verbalizam, usam um tom de voz agressivo para connosco; quando é um tom agressivo, às vezes incomoda-me e às vezes tenho de cantar quando estou...ou vou cantando quando estou fazendo isso e às vezes elas ficam chateadas porque parece que, uma pessoa está ali ainda brincando, pensam que estou a brincar com a situação; mas não é, porque às vezes cantando a criança fica mais calminha, às vezes ajuda a acalmar mais um bocadinho a criança; e também para mim, também é uma defesa que eu tenho, quando eu canto, vou-me descontraíndo, vou-me concentrando mais; mesmo a cantar consigo me concentrar mais naquilo que eu faço e é uma maneira de não olhar muito para a mãe; se uma pessoa vê que a mãe está chorando muito, e a gente quer acalmar a mãe e quer acalmar a criança e quer fazer com sucesso a técnica, o objectivo é realizar a técnica; os nervos também atrapalham um bocadinho, é como se fosse um obstáculo à concretização do acto e então, uso o canto para me concentrar mais...às vezes dá certo, é uma maneira de me estar abstraíndo...não estou a desvalorizar tudo o que se passa há minha*

*volta mas é também para...me concentrar, também ajuda...distrai a criança mas também ajuda-me a concentrar um bocadinho (sorri) ...porque assim não fico tão stressada, porque uma pessoa fica...porque se eu começo a olhar muito para a mãe e a ver a reacção dela, eu também, pronto, se a mãe está chorando e eu vejo que a mãe está sofrendo, também tenho que lhe acalmar e, dirijo-me; também não é só estar ali e não olhar para a mãe, tento acalmar e digo – pronto, a senhora não fique assim, está quase acabando, isso é mesmo assim, a senhora tenha calma – às vezes digo isso mas, não posso estar sempre a dizer isso porque também tenho que tentar me concentrar naquilo que eu faço e então, se fico assim um bocadinho ansiosa, canto um bocadinho e relaxo e consigo. (EEx)*

**Memorando (MEEx):** Enfermeira com stresse – mães revoltadas e com tom de voz agressivo – incomodativo para a enfermeira – contributo para ambiente tenso – enfermeira tenta gerir a tensão com mecanismos de adaptação como cantar para a criança, acalmar e cantar como defesa, para se abstrair da revolta e ansiedade da mãe e para se concentrar no procedimento. Não ignora por completo os sentimentos da mãe, mas dirige a sua atenção para a criança e para o seu auto-controlo, com o objectivo principal de realizar a técnica e acalmar a criança.

Relativamente a este ambiente tenso como consequência de uma dupla ansiedade (mãe e enfermeira), a enfermeira E confirma que a ansiedade da mãe transmite-se: (...) *acho que o ambiente fica mais tenso e a mãe percebe que ficámos mais ansiosas e também não é agradável a mãe estar a assistir às punções, se a mãe não estivesse seria mais fácil para nós e às vezes, a presença dos pais dificulta a nossa tarefa porque contribuem para o aumento da nossa ansiedade e dizem – ainda não está, tanta “picadela” – e há pais que dizem também – não quero que puncione mais! (EEE)*

Como podemos constatar na parte final deste extracto a enfermeira E considera que a presença dos pais, quando estes se encontram muito ansiosos, poderá contribuir para o aumento da sua ansiedade.

Por vezes esta ansiedade das mães também é transmitida às crianças, tal como podemos constatar no extracto seguinte: (...) *se a mãe está ansiosa a criança fica...a mãe está ansiosa e transmite isso à criança e a criança sente-se insegura e, comportamento gera comportamento, a mãe está ansiosa, a criança está chorosa e ansiosa, chega ao pé de nós com isso tudo (...)* (EEC)

Relativamente à categoria “emoções positivas” estas ocorrem quando as enfermeiras executam o procedimento com sucesso, referindo **satisfação**: (...) *a gente sente-se bem quando é logo à primeira e é menos deprimente para a criança, é menos sofrimento para a mãe, tudo é positivo nisso (...)* (EEC); (...) *sentimos satisfação quando conseguimos fazer o procedimento logo, com o menor sofrimento (EEE);*

Nas notas de campo esta satisfação, também, poderá ser constatada: *Após a execução do procedimento ao fim de uma tentativa a enfermeira D mantém uma postura calma, sorridente a*

conversar com a criança e mãe, transparecendo uma expressão de satisfação face ao sucesso do procedimento. A mãe também sorri. (NC7)

Após termos dado a conhecer os resultados relativos ao que denominámos por “resposta emocional das enfermeiras”, passaremos a descrever (tal como aconteceu com os dados relativos às mães), os comportamentos das enfermeiras na interacção com as crianças e posteriormente na interacção com as mães. Estes comportamentos serão denominados por “intervenções terapêuticas” que, como afirma Meleis (1991) são acções utilizadas pelos enfermeiros para aumentar ou facilitar o bem-estar dos clientes, neste caso da díade criança/mãe. Esta teórica defende ainda que, a interacção enfermeiro-cliente está organizada à volta de um propósito. Assim, não só descreveremos estas intervenções terapêuticas mas também as suas intenções na interacção com as mães e na interacção com as crianças separadamente.

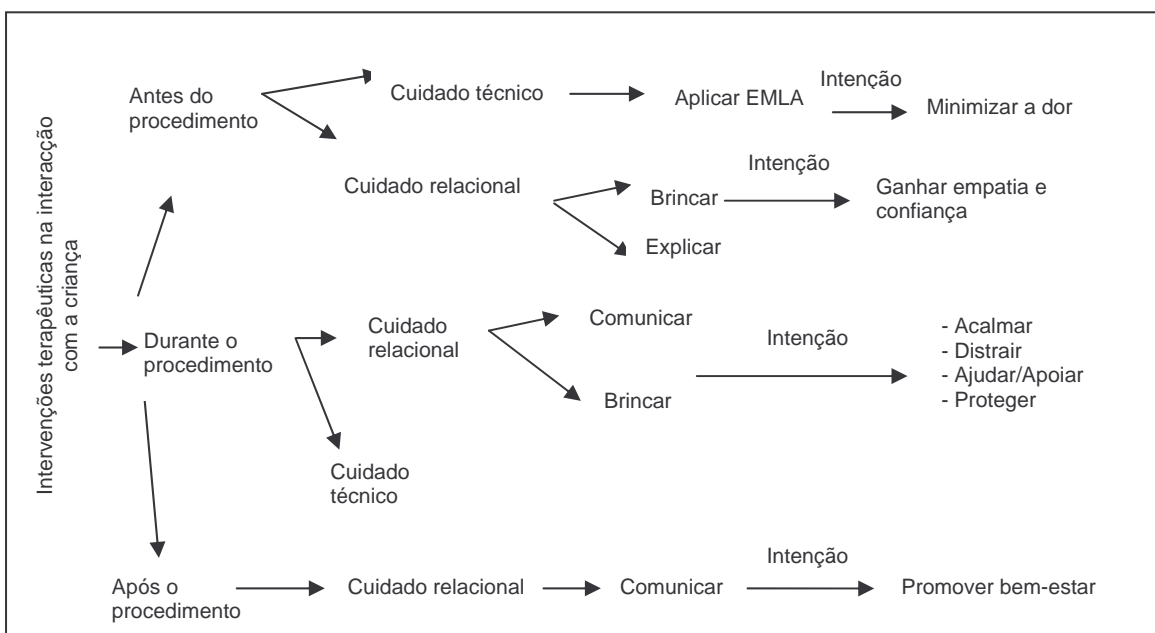
Aquando dos procedimentos dolorosos, as enfermeiras agem ou comportam-se direccionando-se, por um lado, para as crianças e por outro lado para as mães como acompanhantes. Neste sentido, abordaremos estas intervenções separadamente porque têm intenções diferentes e em três momentos diferentes: antes, durante e após o procedimento.

Começaremos por abordar as “intervenções terapêuticas na interacção com as crianças”.

### 4.3 – Intervenções terapêuticas

#### 4.3.1- Na interacção com as crianças

Diagrama 9 – Intervenções terapêuticas na interacção com as crianças



A nossa opção por abordar este cuidado em três momentos diferentes prende-se com o facto de que, em cada um destes momentos, são implementados diferentes cuidados e com diferentes intenções. Heiney (1991) refere que, lidar com procedimentos dolorosos requer considerar três fases distintas do procedimento: a antecipação e preparação para o procedimento, a fase actual quando se executa o procedimento e a fase quando este termina. Esta autora salienta ainda que a fase pior é a segunda uma vez que envolve dor, restrição de movimentos, ansiedade e risco para trauma emocional decorrente do procedimento. Assim, o papel da enfermeira é de extrema importância, mas de igual forma, complicado pois deverão ser implementadas estratégias para ajudar a criança e seus pais ao longo das três fases.

Comum a estes três momentos, as enfermeiras dirigem-se às crianças com dupla finalidade prestar cuidados técnicos (instrumentais) e também com o intuito de desenvolver uma interacção terapêutica a que chamamos cuidado relacional. Assim, podemos dizer que, em qualquer acto técnico há sempre um acto relacional como podemos constatar, a título de exemplo, nos extractos abaixo apresentados: *Em relação à criança, além dos procedimentos normais que tem a ver com a enfermagem como punccionar, dar a medicação oral, rectal (...) também deve conversar, brincar com a criança para eles aceitarem melhor (...) explicar o que se vai fazer (...) conversar com ela e brincar, arranjar estratégias para distrai-la (...) pegar nela ao colo (...) não é por serem pequeninos que não se deve conversar, falar com eles (...) vai-se falando sempre com ela, procurando os acessos (...) (EEF); (...) pego na criança, entretanto vou entretendo a criança e depois vou executando (...) (EEC).*

Também nas notas de campo verificámos esta preocupação: *Após a Joana estar deitada na marquesa a enfermeira A observa os membros superiores na tentativa de seleccionar a veia, faz-lhe uma carícia no mesmo braço e tenta acalmá-la dizendo para não chorar. (NC1)*

Começando por este **cuidado antes do procedimento**, há toda uma preocupação em actuar tecnicamente (**cuidado técnico**), utilizando técnicas farmacológicas para alívio da dor, aplicação de EMLA: *(...) após a admissão a enfermeira C encaminhou a mãe e o João para a sala de tratamentos e aplicou EMLA em dois locais distintos (NC2); (...) depois em relação à nossa actuação colocámos EMLA, um anestésico tópico que actua durante uma hora e depois então é que puncionámos (EED)*

Considerámos, a administração deste anestésico, também, uma intervenção terapêutica por ser considerado por Broome e Huth (2002) como tal, uma vez que, a sua aplicação tem como finalidade reduzir a dor e conseqüentemente provocar uma diminuição da dor dos pais e até das próprias enfermeiras.

Esta aplicação de um anestésico tópico tem como principal intenção minimizar a dor da criança, mas por vezes nem sempre se torna eficaz como podemos constatar na

explicação da enfermeira C aos pais do Rui: (...) *aplicou EMLA em dois locais distintos e explicou o seu efeito comum que era reduzir a dor mas não garantia o seu sucesso pois podia não ser eficaz, dependendo da reacção da criança, por medo da agulha, poderia provocar choro de igual modo.* (NC2). Esta situação é também referida por Stephens et al. (1999) que, baseados em relatos de crianças, salientam que o creme realmente previne a sensação de dor. Mas, notaram que, associada à ansiedade, provocada por uma agulha ou por outros stressores do procedimento, a sua eficácia isolada poderá não ser facilmente avaliada.

Relativamente à aplicação deste anestésico tópico, Caetano et al. (2003) salientam que, num estudo realizado com enfermeiros sobre a sua actuação perante a dor da criança/família, metade dos enfermeiros refere utilizar previamente anestésicos locais, como o creme EMLA, nas punções, enquanto os restantes referem não fazê-lo. Também neste estudo, apenas observámos a sua aplicação em duas crianças, e crianças com mais de um ano, pois de acordo com uma enfermeira do serviço, a utilização em lactentes é menos frequente porque teria de se aplicar em diversos locais, devido à sua fragilidade venosa. Desta forma, este anestésico utilizado em crianças maiores diminui a dor física mas também promove níveis de ansiedade e medo mais baixos, tornando o procedimento menos traumatizante para a criança e para a sua família. Os referidos autores salientam ainda que, a prática clínica também ensinou que só o facto da criança e família saberem que é usada uma pomada anestésica lhe fornece tranquilidade e, logo, maior controlo numa situação potencialmente stressante.

Para além deste cuidado técnico antes de executar o procedimento, as enfermeiras implementaram, de igual forma, um conjunto de intervenções que denominamos de **cuidado relacional**, que inclui o **brincar** e o **explicar**.

Relativamente ao explicar, salientamos que, este cuidado relacional, antes do procedimento baseado na brincadeira e nas explicações, apenas se verificou em crianças com idade superior a um ano e meio: (...) *a partir de um ano e meio eles já têm noção que, já conhecem o espaço bem, a sala onde vamos proceder ao procedimento...aí a criança já pode reagir de outra maneira, chorar antes de entrar na sala e aí, devemos também minimizar a dor à criança, explicando o que vamos fazer (...)* (EEG); (...) *se for à criança com ano e meio a gente às vezes explica com palavras mais simples, que lhe vão fazer um "dói-dói".* (EEC); (...) *um bebé mais pequenino é mais difícil explicar à criança o que é que se vai fazer, normalmente é à mãe que eu explico (...)* (EEC).

A brincadeira tem, na maior parte das vezes como intenção, **ganhar empatia e confiança** das crianças, antes dos procedimentos: (...) *após o procedimento questioneei a enfermeira C sobre qual a sua intenção ao brincar com o Rui antes do procedimento ao que esta*

*me respondeu que normalmente, quando são crianças mais crescidas brinca muito porque, por um lado é uma forma de minimizar os efeitos da dor que o procedimento pode causar e por outro tem como objectivo ganhar empatia e confiança da criança (NC2).*

De facto, podemos constatar nas notas de campo seguintes o efeito benéfico da brincadeira, provocando uma sensação de bem-estar tanto na criança como na mãe, avaliado através dos seus sorrisos: *No caminho entre o quarto e a sala de tratamentos a enfermeira C interage com o João, chamando a atenção para os chinelos deste que são semelhantes aos seus e brinca com esta situação dizendo que, são iguais aos seus porque têm bonequinhos e aponta para os mesmos. A criança olha e sorri. A mãe também sorri. (NC2); A enfermeira C entrou no quarto e começou a interagir com a criança, aproveitando os seus brinquedos e disse – olha uma vaquinha tão linda! A criança sorriu assim como a mãe. (NC4)*

Mas será este sorriso uma manifestação de bem-estar? Oatley e Jenkins (2002) diferenciam riso de sorriso, afirmando que o riso é uma expressão do corpo, o sorriso é uma predisposição da alma. Este sorriso é uma das primeiras manifestações da alegria, traduzindo uma emoção agradável, mas também pode induzir a alegria. Estes autores acrescentam ainda que, o sorriso é um dos primeiros actos de comunicação do bebé. É o motor de uma relação essencial entre os pais e a criança, é a primeira mensagem de uma manifestação de bem-estar mas é, igualmente, uma procura de resposta.

O **cuidado durante a execução do procedimento** é um cuidado que igualmente engloba uma vertente técnica e outra relacional, como podemos constatar nas notas de campo seguintes: *A enfermeira G punciona mas ao mesmo tempo fala com a Maria através de palavras de conforto, para esta não chorar. (NC5); A enfermeira D desta vez é que visualiza os locais para punção e assume a tarefa de puncionar mas ao mesmo tempo diz à Maria – vamos ver linda - entretanto garrota mas não consegue visualizar palpando apenas. (NC5); A enfermeira D enquanto observava os acessos brincou com a menina dizendo – o que foi linda? (NC7); De salientar que a enfermeira que está a puncionar fala com o Rodrigo (pronto, querido) e a outra que imobiliza os seus movimentos toca na face, acariciando. (NC10)*

Encontra-se visível, em alguns extractos, tipos de comunicação, verbal e não verbal. A comunicação não verbal dirigida à criança traduz-se essencialmente pelo **toque**, com intenção de **acalmar**: *(...) tentamos acalmá-la, acalmar com o toque (...) (EED); A bebé tento acalmar com “festinhas” porque muitas vezes eles não choram, não reagem mal não é pela picada, pelo procedimento em si é mais pela forma como a gente, se calhar, agarra (...) (EEA).* Também as mães se referem ao toque utilizado pelas enfermeiras: *Tocaram, houve uma enfermeira que tocou primeiro no dedinho, primeiro, havia esse contacto físico. (EMAna)*

Shin e White-Traut (2005) consideram a comunicação com as crianças doentes e seus pais como o maior desafio para as enfermeiras pediátricas. Acrescentam ainda que a

habilidade para interagir com famílias em crise durante a doença e hospitalização é essencial para o cuidado de enfermagem com qualidade.

Outro tipo de comunicação, **comunicação verbal** também é frequentemente utilizado ao mesmo tempo que o acto técnico é executado, **utilizando palavras de conforto**, com a intenção de acalmar e distrair a criança: (...) *falar, mesmo sem nexos, pelo menos a criança ouve a voz e não se concentra tanto naquilo que estou a fazer (...) fazendo os procedimentos mas sempre tentando falar com a criança (...) (EEF); (...) são palavras carinhosas mas sei à partida que eles não estão a perceber muito bem, acho que a intenção maior é acalmá-lo (EEH); A enfermeira B punciona novamente e consegue, faz colheita para hemocultura e pede à enfermeira A que lhe passe os frascos. Entretanto a enfermeira A dirige-se à criança e diz-lhe em tom baixo, que está quase e para não chorar utilizando palavras de carinho. O mesmo acontece com a enfermeira B que repete. (NC1); A enfermeira H diz – pronto, pronto, está quase e a enfermeira B diz – olha os bonecos e em tom de brincadeira – ah, ele não quer saber dos bonecos. (NC8); A enfermeira E interage com o António ao mesmo tempo que se prepara para introduzir a sonda e comenta com a colega sobre o calibre da sonda e diz para o menino – pois é, vais beber o leitinho, não é? (NC9);*

Também as mães reconhecem a preocupação das enfermeiras em comunicar verbalmente com a criança: (...) *falou e disse – não vamos fazer maldades (...) (EMAna); (...) conversam com palavras carinhosas com o bebé (EMRui); (...) elas conversam com ele, brincam, tentam chamar a atenção (...) (EMManuel)*

Por outro lado a comunicação verbal dirigida à criança tem também como objectivo **distrair**, canalizando a sua intenção para **instrumentos lúdicos** presentes na sala de tratamentos: *Entretanto, após a primeira tentativa de punção o Rui mantinha-se choroso e antes de puncionar novamente a enfermeira G diz à mãe para sentar a criança e comunica com o menino chamando a sua atenção para os bonecos do mobile. O Rui acalma (NC4); (...) digo para olhar para o mobile, temos um mobile com bonequinhos – olha o bonequinho – tento falar sempre dessa maneira (...) (EEA);*

Além das palavras de conforto e estimulação para olhar para instrumentos lúdicos, as enfermeiras tentam também acalmar a criança utilizando a **chucha**: *A Maria chora e a enfermeira D tenta acalmar com a chucha dizendo – pronto, pronto, não chora. (NC5); Entretanto como o José se mantém choroso, a enfermeira F coloca-lhe a chucha e ele acalma. (NC6)*

**O brincar durante a execução do procedimento** contribui para criar um ambiente de bem-estar à interacção, distraindo a criança: *A enfermeira C retira os adesivos (anteriormente colocados com EMLA) e limpa a pomada com uma compressa mas sempre interagindo com o João, brincando, conversando sobre a cor dos calções associando-os ao Sporting. A enfermeira entretanto questiona a mãe sobre o clube de futebol do menino e a mãe diz que não é do Sporting mas sim do Benfica. (NC2); A enfermeira C enquanto fixa o cateter, mantém um diálogo com a*

*criança e canta a música do Benfica e brinca dizendo que quando o pai cantar a música o menino vai lembrar-se da picada e faz assume uma expressão como quisesse dizer: o que fui fazer? A mãe sorri. (NC2); A enfermeira C que se encontrava atarefada a fixar o cateter com adesivos, quando vai colocar a tampa no cateter brinca com a criança dizendo que esta é azul do Porto. A mãe sorri e o Rui olha muito atento para a enfermeira com os olhos ainda molhados. (NC4)*

O brincar é considerado como uma técnica de distração, com o objectivo de minimizar quer a dor física quer a ansiedade e o medo (Caetano et al, 2003). Este brincar não estará associado ao humor? De facto, há autores (James, 1995; Dowling, 2002) que consideram o humor como uma intervenção terapêutica que as enfermeiras pediátricas devem utilizar para ajudar as crianças a lidar com a doença e a hospitalização. Esta intervenção tem como principal objectivo diminuir a ansiedade, stresse e tensão emocional, neste caso, frente aos procedimentos.

Também Brennan (1994) refere-se ao brincar como intervenção primordial no cuidado às crianças durante os procedimentos. Esta autora fundamenta a importância do brincar como uma normal e saudável actividade infantil, que não deverá deixar de ser utilizada só porque a criança está internada.

Como outras intenções deste cuidado relacional, referidas pelas mães, emergiram alguns conceitos, entre eles a **ajuda/apoio**: *O papel da enfermeira é ajudar para que ela fique bem e portanto, acho que de ajuda...foi sempre esse o papel. (EMAna); (...) estão-lhe ajudando (...) (EMManuel); Tentam dar apoio ao Manuel (EMManuel); e a **protecção**: (...) elas dão protecção (EMRui).*

Atentemos no **cuidado técnico durante o procedimento**. Importa salientar alguns actos técnicos como forma de promover o sucesso do procedimento e consequentemente evitar uma experiência traumatizante:

Avaliar acessos antes de puncionar: *(...) depois garrota-se o braço, ou a perna, ou o pé, observa-se os acessos para ver onde está a melhor veia para puncionar e punciono. (EEE); (...) antes observámos diversos locais, no caso de puncionarmos e não conseguirmos, temos de puncionar várias vezes, e temos de ter a certeza do local onde vamos fazer, neste caso, escolher uma veia boa, entre aspas (...) (EED);*

**Resumindo**, as intenções principais deste cuidado técnico e relacional são: *Tentar executar a técnica o mais perfeito, o mais rápido e o mais indolor possível à criança, acalmar, dar conforto, mimar. (EEH)*. Por outro lado, e também importante uma mãe refere que as enfermeiras tentam fazer de tudo para tornar a experiência o menos traumatizante possível: *(...) tentam animar a bebé, ver se ela não leva um choque assim tão grande (...) (EMRui);*

Assistimos também a uma constante necessidade de, tanto os pais como as enfermeiras, utilizarem a distração. Relativamente à distração, Broome e Huth (2002) consideram-na como uma medida de conforto, salientando que, muitas vezes, é utilizada pelas enfermeiras durante a execução de procedimentos dolorosos.

#### Intervenções terapêuticas na interacção com a criança após o procedimento

Após o procedimento a preocupação das enfermeiras é principalmente **promover o bem-estar da criança** e (...) *cuidar a criança após a dor (EED)*. Para tal **comunicam verbalmente** com elas com o objectivo de encaminhá-las para o colo das mães, estimulando desta forma o contacto físico: *Após terminar a enfermeira E diz à Ana – pronto bebé, vai para o colo da mãe – e a enfermeira A diz em tom de brincadeira que elas só fazem maldades. A mãe sorri e pega na menina ao colo. (NC3); Após colocar o último adesivo a enfermeira C diz ao Rui – pronto, vai para a mãe, vai, vai – em tom de brincadeira. A mãe pega no menino ao colo e sai da sala dirigindo-se para o quarto. (NC4); Quando a enfermeira termina a colocação do penso de forma a fixar o cateter diz para o Manuel – pronto já está – a mãe pega no menino ao colo, sai da sala tratamentos e dirige-se para o quarto. (NC8);*

Relativamente à intenção deste cuidado após o procedimento, emergiu a categoria **promover o bem-estar**. Alguns códigos deram origem a esta categoria:

Mimar: (...) *além de uma pessoa ser capaz de infringir dor também sabe dar mimos, mostrar que uma pessoa é maldosa mas também sabe ser bondosa. (EEF)*

Acalmar: *E dizemos – já está, não dói mais, agora ele vai para a sua caminha (EEE); Primeiro a criança, tentar acalmar (...) (EEH); Quando termino é tentar acalmar a criança (...) (EEC).*

Promover afecto pela mãe: (...) *no caso de uma punção, tentar fazer hemostase o mais rápido possível para ele voltar ao colo da mãe para a mãe dar-lhe carinho (...) peço à mãe para dar-lhe um miminho, acho que é muito importante aquele conforto da parte da mãe, acalmo-o e depois dou o menino à mãe para a mãe acalmá-lo. (EEH)*

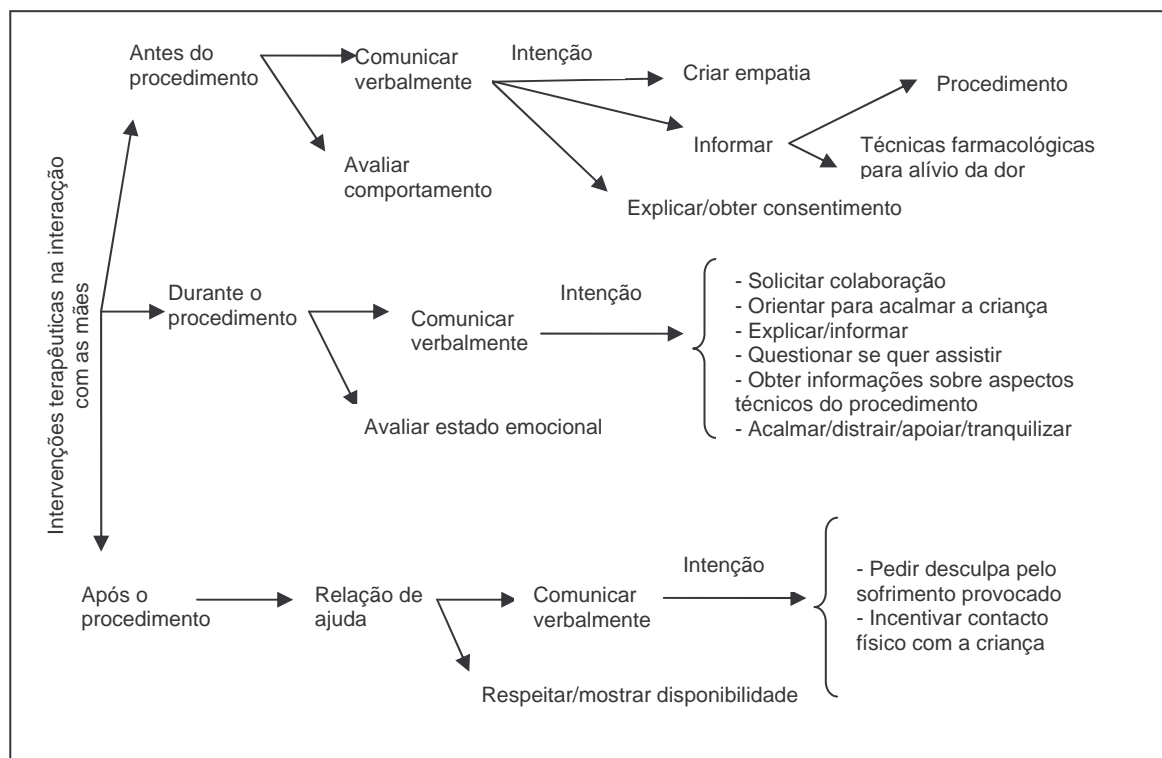
Minimizar sofrimento e ansiedade provocada pela dor: (...) *temos que dizer que já terminou como forma de descansar tanto a criança como a mãe, se for maiorzinha dizemos – olha, já acabou, já terminou – mas isso é pelos 18 meses, até 2 anos; mesmo nos lactentes a gente diz – olha, já está – agora é só os adesivos – é uma forma de minimizar o sofrimento e a ansiedade perante a dor. (EEG)*

Relativamente a este último extracto, que se evidencia uma preocupação em dar por terminado o procedimento, Caetano et al (2003), num estudo realizado sobre a actuação do enfermeiro perante a dor na criança e família, referem que, o final do procedimento deve ser imediatamente comunicado à criança/família, para que os mesmos saibam que esta experiência traumatizantes terminou, logo o seu sofrimento físico chegou ao fim e a ansiedade associada ao mesmo tende a cessar.

Após abordarmos as intervenções terapêuticas de enfermagem dirigidas às crianças passaremos a referir-nos às **intervenções terapêuticas na interacção com as mães**.

#### 4.3.2- Na interacção com as mães

Diagrama 10 – Intervenções terapêuticas na interacção com as mães



Estas intervenções de enfermagem também se encontram divididas em 3 momentos diferentes porque as acções têm intenções diferentes. Por esta razão decidimos organizar a discussão neste sentido.

A comunicação verbal predomina em todos os momentos. Constatámos também que antes e durante o procedimento, a enfermeira avalia comportamentos da mãe e interpreta-os, planeando as suas acções de acordo com essa avaliação. Após o procedimento assistimos a uma relação de ajuda, apenas referida pelas enfermeiras.

Como toda a comunicação verbal dirigida da enfermeira (como emissor) à mãe (como receptor) tem uma intenção, tornou-se pertinente em todos os momentos referir-nos a esta intenção.

#### INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS ANTES DO PROCEDIMENTO

- Intenção da comunicação verbal: Antes do procedimento, as enfermeiras dirigem-se às mães com intenção de **criar empatia**: (...) *uma coisa que faço antes do procedimento...é*

*preciso também criar uma empatia com as mães...a gente tentar ir conversando com as mães, distraíndo-as, isso também para elas ajuda um bocadinho e já é meio caminhado andado para a gente conseguir depois o sucesso do nosso trabalho, das nossas técnicas, dos nossos procedimentos. (EEC).* Neste sentido, a enfermeira C, considera fundamental criar empatia com as mães e uma relação de confiança pois considera como factor facilitador na aceitação das técnicas e procedimentos e comportamentos de enfermagem.

De facto, a empatia tem sido considerada como terapêutica e como a central componente da relação de ajuda na interacção enfermeira-doente. (Morse, Bottorf, Anderson, O'Brien & Solberg, 1992).

Em grande maioria, as enfermeiras comunicam verbalmente com as mães antes do procedimento, **informando-as** sobre a ocorrência dos mesmos: *(...) quando sei que uma criança tem algum procedimento doloroso para fazer, eu vou ter com a mãe, informo a mãe do procedimento que se vai fazer à criança e, como é uma criança até dois aninhos, muitas vezes como não percebem muito bem o que é, normalmente eu deixo essa explicação para a mãe. Informo é a mãe e a mãe então, informa da maneira que ela melhor entender, a linguagem que ela melhor percebe (...) mas é sempre isso, informo a mãe. (EEA); (...) a primeira coisa a fazer é informar os pais do que vamos fazer, isso para minimizar o sofrimento que os pais também vão sentir (...) (EED)*

Num estudo realizado por Sabatés e Borba (2005), foi possível concluir que, a maioria dos pais recebe sempre informações dos motivos dos procedimentos realizados aos filhos, sendo as enfermeiras responsáveis por informar. Nesse estudo, observou-se que a enfermeira quando realiza um procedimento (medicação, exames) procura informar os pais.

Outro estudo, realizado por Sugano et al. (2003) com mães acompanhantes demonstrou que, a mãe diz confiar na enfermeira por ter sido informada, orientada e apoiada a respeito do tratamento do seu filho no momento do internamento.

Nas notas de campo, constatámos que esta acção de **informar** comporta informações sobre o funcionamento do **procedimento**: *(...) após ter conhecimento pela médica que a menina iria efectuar colheitas de sangue, a enfermeira A dirigiu-se ao quarto da Joana e disse à mãe que a criança tinha de ser puncionada pois iria iniciar antibiótico (...) (NC1); Entretanto a enfermeira E chega ao quarto e diz à mãe do Rodrigo – vamos? Nós agora vamos picar aqui na mãozinha para ele amanhã fazer soro. (NC10); Após a admissão, a enfermeira A encaminhou a Ana e a mãe para a sala de tratamentos e disse que iria aspirar a menina. (NC3); ou sobre **técnicas farmacológicas para alívio da dor**: *Chegaram à sala de admissão e a enfermeira C referiu que iria aplicar EMLA ao Rui de forma a actuar durante o tempo da admissão, para posteriormente, uma hora após puncionar. (NC4)**

Por outro lado, assistimos a um acto de **explicar**: *Antes do procedimento a gente tem de ver sempre a criança e a família (...) explicar à mãe o procedimento que vamos executar, explicar os passos a seguir de forma a minimizar a ansiedade (EEG); Antes chamo a mãe e a criança e explico à mãe o que se vai fazer (...) (EEC). Este acto de explicar, tem como intenção, para a enfermeira H **obter o consentimento** indirecto dos pais: (...) vou ao quarto da criança, explico qual é o procedimento (...) é uma aceitação por parte dos pais que a gente vai fazer aquele procedimento à criança (...) (EEH).*

Mas porque algumas enfermeiras se referem ao informar e outras ao explicar? Qual a principal diferença entre estes dois conceitos?

Considerámos o explicar mais aprofundado que o informar. Isto porque, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras (2006), informar é: “ (...) comunicar alguma coisa a alguém.” (p. 136), enquanto explicar é: “ (...) tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém” (p.137). Assim, podemos dizer que, as enfermeiras ao informar, poderão não estar a esclarecer claramente as mães, mas sim apenas comunicando que o procedimento irá ser realizado. O explicar seria utilizado se, por exemplo, as enfermeiras validassem a informação transmitida de forma a certificar-se de que a informação foi compreendida pelas mães.

Em outras situações, as enfermeiras, nem sempre têm tempo para informar as mães sobre o procedimento, o que também poderá contribuir para uma resposta emocional mais intensa: *(...) muitas vezes as mães choram também porque não são informadas e não sabem, entram na sala e não sabem o que é que vão fazer porque as enfermeiras não informam mas, também às vezes temos muito trabalho que não dá para informar. (EED)*

As mães referem-se ao **explicar** como acto de enfermagem valorizado e como contributo para a redução da ansiedade: *Eu quando vim para aqui estava um bocadinho assustada mas, ela explicou-me tudo e...eu sou sempre nervosa, mas é a tal coisa a gente fica mais descansadas (...) (EMRui); (...) ela explicou tudo direitinho a mim. Acho que os pais gostam que expliquem as coisas direitas a eles, para não terem dúvidas (...) (EMSara).*

Outra intervenção de enfermagem antes do procedimento é **avaliar o comportamento** das mães e de acordo com este, tomar decisões e planear acções, como podemos verificar a seguir: *(...) normalmente vejo a reacção das mães, se mostra vontade de ficar e observar o procedimento, se não mostra à vontade, eu mando sair (...) (EEE); (...) há mães que vejo que estão a sofrer muito e que preferem ficar do outro lado (...) (EEG)*

## INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DURANTE O PROCEDIMENTO

Durante o procedimento, verificámos igualmente que enfermeiras e mães comunicam verbalmente com uma determinada intenção e assistimos, também, a uma avaliação dos comportamentos das mães.

Esta comunicação verbal durante o procedimento teve como intenções as referidas no diagrama. De salientar que a intenção **solicitar colaboração**, foi unicamente constatada através das notas de campo e entrevistas às mães, pois as enfermeiras não a consideraram, quando questionadas sobre a sua intenção quando comunicavam com as mães durante o procedimento: (...) *entretanto a enfermeira A pede à mãe da Joana que chegue a filha mais para a extremidade da marquesa e depois tenta puncionar novamente* (...) (NC1); *Entretanto a enfermeira D diz à mãe que é melhor acordar a Maria para não ficar assustada com o procedimento. A mãe chama a menina utilizando palavras carinhosas.* (NC5); *A enfermeira G que se encontrava a observar os braços da Maria para seleccionar veia, pediu à mãe colaboração para retirar a manga da camisa.* (NC5); *A enfermeira D observou o pé esquerdo que era o único local sem penso rápido. Garrotou e disse – tem aqui uma boa veia – e pediu à mãe para segurar na Sara, o que esta fez.* (NC7); Também as mães referem-se a esta solicitação de colaboração: *Pediram-me para segurar a bebé, para virar para o lado em que a bebé estava* (...) (EMMaria).

Será que as enfermeiras ao solicitar colaboração às mães, não estão a tentar envolvê-las no cuidado à criança? Alguns investigadores (Edwinson, Arnbjornsson & Ekman, 1988; Vulcan & Nikulich-Barret, 1988) documentaram que, a preparação e envolvimento dos pais, reduz a sua ansiedade e por sua vez os níveis de ansiedade das crianças.

Esta solicitação das enfermeiras teve também a intenção de **orientar para acalmar a criança**: (...) *pediram-me para falar com a bebé para se sentir mais confortável* (EMMaria); *A mãe da Maria mantém-se tensa e quase sem reacção, a olhar fixamente para o que as enfermeiras fazem. Nesse momento a enfermeira G orienta a mãe no sentido desta distrair a menina falando com ela.* (NC5)

Mas será esta a intenção da enfermeira G, orientar para distrair a menina promovendo o seu conforto? Ou será um mecanismo de defesa recorrente da fixação do olhar da mãe nas suas acções? De facto a enfermeira G quando questionada sobre a razão da sua atitude, referiu que: (...) *a minha intenção foi uma defesa minha porque, por vezes as mães estão ali com os olhos fixos no nosso procedimento e põem-se a fazer gestos e têm expressões não verbais que interferem na nossa acção, como por exemplo, fazem expressões de...e parece que estão incutindo que a gente vai falhar mesmo, que não têm confiança em nós e isso interfere no nosso procedimento...às vezes põem-se – ah, coitadinho, vão picá-lo, são más... com isso tentei distraí-la como forma de poder actuar e concentrar no procedimento.* (EEG)

**Explicar/Informar:** Algren (2006) refere que uma das intervenções de enfermagem mais importantes é fornecer informações a respeito da doença e seu tratamento, da reacção emocional e física da criança à doença e hospitalização. Também durante o procedimento assistimos a estas acções de enfermagem. Algumas enfermeiras explicam apenas quando solicitadas verbalmente pelas mães: *Entretanto por um instante, a mãe da*

Ana olha para o frasco com as secreções e assume uma expressão de preocupação dizendo em tom alto – olha sangue! A enfermeira E explica que como as narinas dos bebés são muito frágeis pode facilmente causar traumatismo. A mãe fecha novamente os olhos. (NC3); A mãe do Rui antes da punção, na sala de tratamentos, questiona a enfermeira G sobre se o filho irá sentir dor quando estiver com a agulha o que a enfermeira responde que ele irá sentir uma impressão. (NC4); A mãe do António quando a enfermeira E questiona se ela quer assistir à entubação a mãe pergunta – ele vai ser picado? – ao que a enfermeira B responde que não e explica que vão introduzir uma sonda para o menino cumprir leite durante a noite. (NC9)

Outras têm a preocupação de ir explicando ao longo do procedimento, as intercorrências, principalmente quando não conseguem puncionar: (...) quando não consigo, tento explicar à mãe que às vezes é difícil, que a criança também se mexe muito (...) (EEA). Tal acto é valorizado pelas mães: Disseram que há bebés que custa encontrar as veias, que são muito fininhas, logo por causa disso é que rebentou a veia dela porque era muito fininha. (EMSara)

Outras explicam, mesmo sem serem solicitadas: A enfermeira B que se encontrava a organizar o material no carro de inox dirigiu-se à mãe do Manuel e disse que iam tentar tirar sangue com o cateter porque o que ele já se tinha queixado quando deram a medicação e não estava muito permeável. (NC8); Como não conseguiu puncionar ao fim da 1ª tentativa diz à mãe do Rodrigo que às vezes é assim e que não conseguem à primeira. (NC10)

Nas entrevistas, as enfermeiras consideraram como prioritário explicar todas as suas acções às mães: (...) falando com a mãe, explicar sempre o que se está a fazer (...) (EEF); À medida que vamos fazendo o procedimento, vamos explicando o que é que se vai fazer (EEH); (...) explicar que é um procedimento normal (...) que a gente faz todos os dias, para nós é algo normal (...) (EEH); (...) em relação à mãe é importante explicar o que é que vamos fazer (...) (EED). Especificamente, explicam também a reacção da criança: (...) explico à mãe que aquilo dói, que é no caso das punções venosas periféricas, costume dizer que vai doer um bocadinho, que é natural que a criança chore e às vezes explico que a criança chora que não é só por causa da picada mas também porque a gente está segurando com alguma força, portanto ela sente-se imobilizada e, se ficar um bocadinho aflita chora mais...às vezes tenho de explicar à mãe. (EEC)

Estas explicações, para a enfermeira A têm como finalidade fazer com que as mães compreendam a necessidade de executar o procedimento para o bem da criança: (...) tento sempre dizer que aquele procedimento é necessário, que aquela situação é para o bem da criança e...é sempre para o bem do menino ou da menina que está ali à nossa frente (...) (EEA).

Por vezes, de acordo com a avaliação que a enfermeira faz, por exemplo, da rede venosa da criança, sente necessidade de informar antecipadamente sobre a provável dificuldade em executar o procedimento: (...) quando estou a ver que as coisas não vão ser muito fáceis, por veias imaturas, crianças muito difíceis (...) quando estou a dar a explicação à mãe já antecipo no início, porque estou a ver que a coisa não está a ser muito fácil. (EEH).

Outras informam sobre, por exemplo, locais de punção: *Entretanto a enfermeira G diz à mãe do Rui que irá puncionar na mão esquerda, local onde se encontrava o penso com EMLA, que a criança já tinha retirado (NC4), e outras informam com intenção de não agravar a agitação das crianças: (...) as mães precisam de ser informadas daquilo que se passa, senão as crianças ficam mais agitadas e não conseguem acalmar (...) (EEF);*

Constatámos que, e como afirma Guareschi e Martins (1997), quando os pais estão devidamente informados sobre a hospitalização e procedimentos realizados com seus filhos, estão mais capacitados para superar a experiência da hospitalização, acompanham de perto os seus filhos e fazem mais perguntas sobre a doença e procedimentos.

**Questionar se quer assistir:** Comum às notas de campo e entrevistas às enfermeiras, verificamos também que, as enfermeiras demonstram preocupação em questionar se a mães querem assistir à execução do procedimento: *(...) a gente pode perguntar se quer sair ou ficar (...) (EEF); (...) perguntámos sempre à mãe se ela deseja ficar perto da criança ou deseja sair (...) (EED); A enfermeira F observa a cabeça do José e diz – tem aqui uma – e nesse momento diz à mãe – vamos picar na cabecinha, quer ficar? (NC6); Entretanto a enfermeira E dirige o olhar para a mãe do António e pergunta se a mãe quer assistir. (NC9). Esta preocupação em questionar sobre se a mãe pretende assistir ou não, torna-se ainda mais valorizada pelas enfermeiras quando estas puncionam na cabeça ou quando consideram que o procedimento poderá ser traumatizante para as mães assistirem: Após a punção questionei a enfermeira F sobre qual a sua intenção quando pergunta à mãe se quer assistir ou não à execução do procedimento. Esta respondeu que o faz quando punciona na cabeça pois sabe que as mães impressionam-se sempre. (NC6); Após a entubação perguntei à enfermeira E qual a sua intenção ao perguntar à mãe do António se queria assistir à entubação esta respondeu-me que normalmente perguntam porque consideram que a entubação poderá ser um procedimento traumatizante para as mães. (NC9)*

Mesmo as enfermeiras considerando que alguns procedimentos poderão ser traumatizantes para as mães, tentam sempre incentivar a mãe a assistir porque acham fundamental a sua presença para acalmar a criança e dar apoio ao filho (como já verificámos anteriormente): *A enfermeira F entretanto diz à mãe do José – não é melhor ficar? A senhora fica para ele sentir que está aqui, vira a cara. Quando questionada sobre a razão de incentivar a mãe a assistir a enfermeira F referiu que o fez por considerar que a criança ao sentir a presença da mãe fica mais calma. (NC6)*

**Obter informações sobre aspectos técnicos do procedimento:** É também comum a enfermeiras questionarem as mães de forma a obter informações sobre aspectos técnicos do procedimento, como por exemplo, locais anteriores de punção: *Enquanto visualiza os possíveis acessos venosos a enfermeira G pergunta à mãe onde a Maria tinha o*

anterior cateter. (NC5); A enfermeira H começa a observar os locais para punção e detectou que no braço esquerdo o menino já tinha sido puncionado e confirmou com a mãe perguntando se o Manuel já tinha sido puncionado na mão direita. (NC8); A enfermeira E começa a observar o dorso das mãos do Rodrigo e pergunta à mãe – ele já foi picado nas mãos? (NC10)

**Acalmar/distrair/tranquilizar/apoiar:** As mães valorizaram também este aspecto, referindo que as enfermeiras demonstraram também a preocupação de **tranquilizar:** *Elas tentam tranquilizar os pais sabendo que a criança está fazendo aqueles exames (...)* (EMMaria)

Também as enfermeiras se referiram à importância do **tranquilizar** as mães com o objectivo de **acalmar** e acalmar a criança: *Temos a preocupação da mãe para que ela própria consiga acalmar a criança (...) umas das coisas que a gente pede à mãe é que mantenha a calma, pois quanto mais calma estiver a mãe, mais calma está a criança. (EEH); (...) tranquilizá-la, dar conforto, acho que é mais isso com a mãe (...); (...) durante o procedimento o objectivo em relação à mãe é principalmente acalmar a mãe (EEE)*

O **apoio** é referido por uma mãe que recorda uma situação anterior de internamento do filho, *Impecáveis, qualquer uma delas, especialmente a enfermeira x, ela ajudou-me a nível psicológico, ela conversava comigo, faziam-me compreender que ele não estava a morrer, que ia ficar bom. (EMManuel)*, sendo igualmente valorizado pelas enfermeiras: *(...) as mães ficam sempre muito preocupadas, chorosas muitas vezes e tento sempre dar apoio psicológico (...) vou sempre dando um apoiozinho, às vezes um toque, outras vezes uma palavra. (EEA); (...) é dizer que eles podem sempre contar connosco, que a gente está ali, aquele tempo todo (...)* (EEF);

### **Avaliar durante o procedimento estado emocional**

De acordo com Belro (1999), todo o comunicador leva consigo a imagem do receptor, antecipa as possíveis respostas do receptor e procura predizê-las antecipadamente. Assim, podemos falar em avaliação de comportamentos também durante a execução do procedimento. Neste sentido, as enfermeiras avaliaram o estado emocional das mães, a sua capacidade em lidar com a situação e em compreender a informação transmitida. Após essa avaliação tomaram decisões e planearam acções de acordo com a avaliação feita antecipadamente.

Esta avaliação remete-nos para o processo de enfermagem em que a enfermeira identifica necessidades, planeia acções e avalia, num processo cíclico e dinâmico (Afaró-LeFevre, 2005).

Assim, os extractos seguintes exemplificam como as enfermeiras **avaliam o estado emocional** das mães e sua capacidade em lidar com a situação: *Quando vejo que a mãe não está em condições psicologicamente para acalmar o bebé, a tentar prejudicar muitas vezes, eu tento explicar que, se calhar, é melhor sair (...)* (EEA), chegando mesmo a questionar se estas se sentiam bem e demonstrando preocupação com o seu estado: *Ao fim da terceira*

tentativa a enfermeira E questiona a mãe do Rodrigo se esta se sente bem, ao que a mãe sorri e diz que sim (NC10). Como manteve essa avaliação, agiu de acordo com esta, parecendo que, ao comunicar com a mãe sobre o menino, teve como intenção distraí-la: *Durante a quarta tentativa para puncionar veia, a enfermeira E, enquanto a colega puncionava o Rodrigo, falava com a mãe sobre ele, questionando se ele dormia bem, comia bem, na tentativa de distraí-la, se ele era calminho, ao que a mãe respondeu calmamente que ele após o banho dormia toda a noite.* (NC10)

Esta mãe, durante a entrevista, também, valorizou esta preocupação da enfermeira em questionar se ela estava bem: (...) *ela perguntou-me se eu estava me sentindo bem...acho que se preocupou também comigo* (...) (EMRodrigo)

Outro aspecto fundamental a considerar como intervenção terapêutica de enfermagem é **avaliar a capacidade das mães em compreender a informação transmitida**. Tal acção é tida em conta também durante o procedimento através da preocupação revelada pelas enfermeiras em clarificar alguns termos técnicos: (...) *falo tecnicamente mas quando falo tecnicamente digo sempre, tento dizer o que quer dizer aquela palavra técnica para as mães perceberem, digo das duas maneiras.* (EED).

Esta adaptação da linguagem, remete-nos para a importância do meio social em que as mães se inserem: *Depende da mãe, se é uma mãe de um meio social mais baixo, temos que falar de forma clara, de maneira a que perceba; se é uma mãe de um meio social mais alto, compreende melhor certos termos que uma mãe de um meio social inferior que não compreende.* (EEE). Esta adaptação, como vimos anteriormente, resultou da avaliação feita pelas enfermeiras acerca da capacidade da mãe em compreender a informação: *Eu tento ver sempre o que é que a mãe já sabe. Tento sempre adaptar a minha linguagem aos conhecimentos da mãe, ao nível das habilitações literárias, uma pessoa ao comunicar vai vendo também do que elas são capazes de assimilar e, tento sempre, adaptar a minha linguagem àquela senhora que tenho à minha frente, individualizar aquela acção.* (EEA); *Perante as situações a gente às vezes tem de usar linguagem diferente, dizer de forma mais simples, porque algumas até já chegam ao pé de nós, pronto, já usam mesmo os termos técnicos que nós usámos e, apesar de usarem os termos técnicos, por vezes, não aceitam tão bem e há outras que, há as que não sabem os termos técnicos, claro que a gente é que tem de saber, a gente tenta lhe explicar por palavras mais simples e elas compreendem...às vezes tem que se adaptar...eu acho que temos de adaptar a nossa linguagem conforme quem está à nossa frente.* (EEC)

A enfermeira H salienta ainda, a respeito da adaptação da linguagem que, o tipo de comunicação que utiliza também depende da familiaridade com termos médicos: (...) *se for um profissional de saúde, uma mãe que é profissional de saúde, nossa colega, um médico...a comunicação então aí, ainda é diferente* (...) *certas explicações que eu acho que não é preciso dar porque são técnicos de saúde* (...) *à partida sabem o que é que a gente vai fazer* (...) *as palavras de conforto é que são sempre as mesmas!* (EEH)

## INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS APÓS O PROCEDIMENTO

Constatámos que, através das notas de campo, após o procedimento a atenção é inteiramente dirigida às crianças, comunicando as enfermeiras com as crianças com intenção de chegar às mães, ou seja, dão por terminado o procedimento dirigindo-se verbalmente às crianças “ pronto já está, vai para a mãe”. Considerámos esta ser uma forma de, pelas crianças, dando atenção a estas, informar as mães do fim do procedimento, uma vez que lactentes e crianças até aos dois anos não compreenderiam a intenção desta conversa.

Assistimos a uma “relação de ajuda” verbalizada pelas enfermeiras em que **comunicam verbalmente com a intenção de pedir desculpa pelo sofrimento provocado**: (...) *quando termino...às vezes, peço desculpa às mães se a gente demora um bocadinho ou não conseguimos á primeira, às vezes peço desculpa às mães por ter provocado aquele sofrimento todo nos filhos, explico que era preciso e que foi uma forma de conseguir (...)* (EEC) e **incentivar o contacto físico com a criança**: *Nessa altura, a criança já foi puncionada, já está mais calma e, pronto, incentivámos a mãe a pegar na criança, levá-la para o berço, acalmar, nessa altura se calhar dar um leitinho à criança (...)* (EED)

Inerente à “relação de ajuda” há toda uma preocupação verbalizada pelas enfermeiras em **respeitar e mostrar disponibilidade** após o procedimento: *no final (...) mostrar-se disponível, se elas quiserem, se elas não quiserem a gente respeita (...)* (EEF), pois consideram que o apoio deverá ser dado antes e durante: (...) *quando acabo encaminho a senhora para o quarto, o meu apoio está mais antes e durante, o após já está feito o procedimento; fico disponível para alguma dúvida que a mãe tenha.* (EEA)

E porque é que esta relação de ajuda não foi observada pelas investigadoras no final do procedimento? Parece que as enfermeiras têm presente que deverão estar disponíveis para as mães mas, de facto, tal não se verificou porque, segundo uma enfermeira participante, a sua atenção é mais para as crianças porque as mães possuem uma maior capacidade de defesa. Com isto, constatámos que, as enfermeiras deduzem que as mães não necessitam de uma palavra de conforto mas sim as crianças, por terem sido submetidas a uma dor, provocada pelas próprias enfermeiras. De facto, uma mãe salienta que, não necessita de apoio, mas sim o seu filho: *Porque é o meu filho que precisa delas, eu preciso que olhem pelo meu filho, porque a gente resolve-se mas, principalmente por ele porque eu não quero que nada lhe aconteça.* (EMManuel).

Após abordarmos as intervenções de enfermagem tanto na interacção com as crianças como na interacção com as mães, concordamos com Shin e White-Traut (2005) quando referem que, durante a interacção entre mães e enfermeiras, estas últimas, comunicam com as primeiras para dar informação, raramente pedem a sua opinião. Por outro lado,

as mães mostram interesse em fazer sugestões e dar as suas opiniões sobre os cuidados aos filhos. Apesar de as enfermeiras não pedirem opiniões às mães, aceitam as suas sugestões. Importa ainda acrescentar que, a interacção entre as crianças e as enfermeiras é uma interacção que podemos chamar de “animada” enquanto a interacção com as mães é mais de suporte.



## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

---

Pretendíamos com este estudo conhecer como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos, no contexto de uma unidade pediátrica. Estas formas de lidar, evidenciaram-se em respostas específicas.

A revisão da literatura permitiu aprofundar diferentes temáticas inerentes ao foco do estudo, sendo este percurso teórico criado a partir dos dados. Iniciámos por reflectir sobre os modelos interaccionistas e sua relação com o contexto da interacção em cuidados pediátricos. Num segundo capítulo, e como a criança hospitalizada normalmente é acompanhada pela sua mãe, foram abordados conceitos como a relação mãe-filho, comportamentos de vinculação e alterações decorrentes devido à hospitalização; num terceiro ponto, incidimos sobre a temática da dor provocada pelos procedimentos dolorosos, assim como, reacções de dor nas crianças de acordo com o seu desenvolvimento, resposta das mães aos procedimentos (estratégias de *coping* e sofrimento) e intervenções de enfermagem à mãe/criança com dor. De salientar ainda que, a enfermeira como pessoa e vivenciando este quadro de dor da criança e sofrimento da mãe, terá também de activar estratégias de *coping* e saber gerir as suas emoções face a estes factores de stresse.

Inerente a um tipo de paradigma qualitativo, a *Grounded Theory* foi a metodologia que serviu de referência para a análise dos dados, pela sua flexibilidade na construção de categorias resultantes dos dados e não previamente elaboradas nem quantificadas, permitindo estabelecer relações entre os dados.

Da análise dos dados efectuada emergiram duas dimensões interactivas: *resposta das mães e respostas das enfermeiras aos procedimentos de enfermagem dolorosos*. Estas dimensões resultaram de um extenso trabalho de abstracção realizado sobre as diferentes categorias, conceitos e propriedades e subcategorias.

As principais conclusões a que chegámos com o presente estudo foram as seguintes:

- 1ª – Mães e enfermeiras respondem à dor provocada pelos procedimentos na criança;
- 2ª – A resposta das mães é afectada pelo significado que atribuem ao procedimento, pela natureza do mesmo e por factores socioculturais e individuais. Esta resposta evidencia-se emocionalmente através da manifestação de ansiedade, sofrimento e impotência, e por estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a situação de stresse;

3ª – Decorrentes da resposta emocional e factores associados, as mães exibem determinados comportamentos dirigidos aos filhos e às enfermeiras, com a intenção de promover o bem-estar das crianças;

4ª – A resposta das enfermeiras depende das representações que têm do cuidar em pediatria, da experiência profissional e da própria personalidade. De acordo com estes factores, também, respondem emocionalmente, não decorrente da necessidade de executar o procedimento (ao contrário do que acontece com as mães) pois é considerado rotina mas, como reacção aos comportamentos das mães, quando não conseguem punccionar a criança (emoções desagradáveis) e quando executam o procedimento com sucesso (emoções agradáveis);

5ª – As enfermeiras desenvolvem intervenções terapêuticas tanto na interacção com as mães como na interacção com as crianças, em três momentos diferentes (antes, durante e após) com a intenção de promover o bem-estar da díade. Notámos que, após o procedimento, apesar das enfermeiras se referirem à importância de apoiar emocionalmente as mães, tal não se verificou, pois atender as crianças após o procedimento constituiu-se como prioritário.

Transversal a estas conclusões, como estas respostas se evidenciaram num contexto onde interagem actores sociais, acrescentamos ainda:

6ª – Na interacção mães e enfermeiras comunicam entre si, desencadeando-se um ciclo de acções e reacções, ou seja, de estímulos e de respostas através de percepções mútuas e mecanismos de interpretação.

Abordaremos de seguida estas conclusões, já enunciadas, de modo mais pormenorizado.

### **1ª – Mães e enfermeiras respondem à dor provocada pelos procedimentos na criança;**

Como **condição causal**, que está na base do conjunto de respostas evidenciadas, apresentamos a dor provocada pelos procedimentos na criança. Mesmo numa fase antecipatória, antes da ocorrência do fenómeno, há toda uma preocupação com a dor sentida pela criança, tanto das mães (com atitude de protecção desde o momento em que tomam conhecimento que o procedimento irá ser realizado) como das enfermeiras (evidenciado através da sua preocupação em utilizar pomada anestésica e distrair como forma de minimizar a dor). Dependendo da resposta da criança e suas reacções à dor, mães e enfermeiras poderão evidenciar tipos de respostas diferentes. Isto é, se o procedimento for executado a um lactente, uma das principais manifestações de dor, uma vez que nesta idade a comunicação verbal ainda não se desenvolveu, é o choro, e um choro que varia de intensidade. De acordo com essa intensidade, mães e enfermeiras

respondem. É como se esta manifestação de dor funcionasse como reguladora das acções tanto das mães como das enfermeiras.

Quando as crianças mais velhas, neste caso, entre um e dois anos, são submetidas a procedimentos, há também uma antecipação da sua resposta, isto é, normalmente as enfermeiras sabem que uma criança com mais ou menos um ano e meio, irá reagir com choro/grito e resistência, planeando acções de acordo com estes comportamentos que pensam encontrar. Também as mães, conhecendo os filhos como ninguém, por vezes apresentam receios devido a estas manifestações de dor características das suas crianças. Assim, considerámos estas manifestações como a principal condição que está na base do desenvolvimento do fenómeno, ou seja do desenvolvimento das respostas, pois há toda uma associação com a dor decorrente dos procedimentos.

**2ª – A resposta das mães é afectada pelo significado que atribuem ao procedimento, pela natureza do mesmo e por factores socioculturais e individuais. Esta resposta evidencia-se emocionalmente através da manifestação de ansiedade, sofrimento e impotência, e por estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a situação de stresse;**

Desde o início fomos-nos questionando sobre: porque é que as mães reagem de forma diferente aos procedimentos? Porque é que algumas choram e outras se afastam dos filhos? Desde cedo, percebemos que, o tipo de resposta evidenciada pelas mães é afectado por uma série de factores. Estes factores são responsáveis pelo tipo de resposta das mães, isto é, o facto de estas reagirem de forma mais positiva ou menos positiva aos procedimentos de enfermagem dolorosos. Assim, a resposta das mães é afectada pelo significado que atribuem ao procedimento. Apesar da realização do procedimento ser um factor de stresse para a mãe, e responsável pelo aumento dos níveis de ansiedade, todas as mães deste estudo têm a noção de que, estes terão de ser efectuados para o bem dos filhos, no sentido de contribuir para a sua melhoria clínica.

Por outro lado, as mães apresentam diferentes tipos de respostas de acordo com a natureza do procedimento, isto é, conforme seja executado uma punção venosa, aspiração de secreções, entubação nasogástrica. Mas, enfermeiras e mães consideram que as punções venosas são causas mais frequentes de sofrimento tanto para as crianças como para as mães. Outras referem-se à violência que os instrumentos utilizados provocam nas crianças, considerando mesmo como uma invasão ao corpo destas. Também notámos que, a utilização destes instrumentos pelas enfermeiras, por exemplo, a agulha ou sonda de aspiração provoca nas mães uma mudança de expressão facial, isto é, antes da sua utilização encontram-se por vezes a comunicar com as

enfermeiras a sorrir, a questionar e, de um momento para outro, assumem uma expressão tensa e até por vezes de “horror”.

Também os locais de punção afectam o tipo de resposta das mães. Tal situação evidenciou-se principalmente quando as enfermeiras puncionavam uma veia epicraneana, reagindo as mães chorosas e referindo não querer assistir. Importa salientar que as enfermeiras deste estudo tinham também a noção de que, este tipo de punção, afecta a resposta das mães, antecipando, por vezes, as reacções das mesmas.

Ainda relativamente à punção venosa, o número de tentativas que a enfermeira utiliza para realizar com sucesso o procedimento afecta a resposta das mães na medida em que, quanto mais punções forem realizadas, maiores serão os níveis de ansiedade destas e conseqüentemente maior risco terão de reagir de forma mais tensa, dificultando, deste modo, para as enfermeiras do estudo, a realização com sucesso do procedimento.

Tal situação, remete-nos para a importância da preparação para os procedimentos, salientando que quando um procedimento é executado com urgência, ou seja, sem tempo de preparar as mães poderá constituir-se como choque imprevisível, originando respostas à situação mais traumatizantes e com mais sofrimento. Assim, sublinhámos a importância da preparação para o procedimento uma vez que, um sinal de alerta antes de um evento aversivo permite que a pessoa inicie alguma espécie de processo preparatório que age para diminuir os efeitos de um estímulo nocivo.

Estas respostas das mães também são afectadas por **factores socioculturais**, nomeadamente, crenças relativas a comportamentos de saúde, factores socioeconómicos e educacionais, considerados pelas enfermeiras como razões para as mães apresentarem diferentes comportamentos aquando dos procedimentos pois acreditam que, as pessoas mais esclarecidas, de um meio socioeconómico mais alto, por exemplo, demonstram uma atitude de melhor aceitação relativamente ao procedimento ao passo que, as pessoas “menos cultas” podem associar maldade ao procedimento e incutem comportamentos de negatividade aos filhos, quanto às acções das enfermeiras. Contrariamente a esta ideia, há outras enfermeiras que defendem que, estas diferenças de comportamento não acontecem, apenas, devido aos factores socioculturais, mas também, devido às diferenças individuais de cada mãe, porque são pessoas e as pessoas são diferentes.

Neste sentido, por outro lado, podemos falar em **factores individuais**, como a personalidade com as diferenças individuais de cada mãe. Dentro destas características individuais podemos dizer que cada mãe tem uma experiência de vida específica, nomeadamente, algumas com experiências anteriores relativamente à situação da

execução de procedimentos e hospitalização, e outras serem mães pela primeira vez. Para uma das enfermeiras, as mães estão mais vulneráveis ao sofrimento provocado pelo procedimento se este for executado num primeiro filho. Assim como as vulnerabilidades afectam a família, as experiências progressas com a doença e a hospitalização, também podem actuar positiva ou negativamente na maneira de significar a experiência.

Relativamente à **resposta emocional**, as mães apresentam **emoções desagradáveis**, antes e durante o procedimento (ansiedade, raiva, medo) e após a execução com sucesso do procedimento estas experienciam **emoções agradáveis** (alívio), devido ao desaparecimento do estímulo doloroso.

Conscientes do seu papel, as mães enfrentam o sofrimento com a determinação de proteger o filho, de minimizar a dor, uma vez que não têm como livrá-lo do sofrimento. Convivendo com a dor e sofrimento, as mães aprendem a aceitar a sua própria impotência. Elas experimentam um grande sofrimento, sofrem com os filhos e porque eles sofrem e manifestam dor e, mesmo assim, tentam manter-se firmes para poder garantir melhor para as crianças.

As mães acreditam que têm de estar ao lado dos filhos, assumindo o seu papel. Para o efeito, tentam manter as suas emoções sob controlo, fazendo tudo para defendê-lo de mais sofrimento. Algumas, na gestão das suas emoções, tentam evitar o problema como estratégia de *coping*, preferindo não assistir às punções porque, segundo algumas enfermeiras, acreditam que se não virem não estão a sofrer; mas, a maioria das mães preferem permanecer junto dos filhos e assumir o seu papel.

### **3ª – Decorrentes da resposta emocional e factores associados, as mães exibem determinados comportamentos dirigidos aos filhos e às enfermeiras com a intenção de promover o bem-estar das crianças;**

Na interacção com os filhos, constatámos dois tipos de comportamentos opostos, por um lado, mães que exibiram comportamentos de apatia, ou seja, sem qualquer contacto físico e mantendo-se em silêncio e, por outro lado, manifestando comportamentos afectivos (beijar, tocar, acariciar, comunicar com palavras carinhosas), que normalmente se esperam de uma relação mãe/filho, protegendo, apoiando, acalmando, promovendo segurança e bem-estar, distraindo e minimizando a dor. De acordo com as enfermeiras, os comportamentos de apatia poderão ocorrer como resultado de uma relação de apego inexistente ou como resultado da tensão emocional, uma vez que, as mães permanecem tão tensas devido aos níveis de ansiedade que experimentam que permanecem sem reacção, e sem saber o que fazer para ajudar os filhos.

Na interacção com as enfermeiras, as mães agem de acordo com a solicitação destas pois consideram que deverão colaborar, pensando no bem dos filhos. Também observam acções, por um lado, com a intenção de avaliar comportamentos e por outro lado, por curiosidade.

A comunicação aparece como um fenómeno relacional, no qual os seus intervenientes interagem entre si. Assim, mães e enfermeiras comunicam verbalmente entre si. Esta comunicação verbal tem como intenção colocar questões no sentido de procurar esclarecimento e também fazer sugestões aquando da realização do procedimento, como forma inconsciente de participarem nos cuidados aos filhos e afirmaram a sua opinião, porque afinal são elas que conhecem o filho como ninguém. Estas sugestões são interpretadas pelas enfermeiras que, reagem a estas, dependendo da forma como são feitas; a maioria considera que, estas sugestões, não têm como finalidade prejudicar as suas acções, mas sim, ajudar os filhos para que o procedimento seja realizado da forma mais rápida e indolor possível.

**4ª – A resposta das enfermeiras depende das representações que têm do cuidar em pediatria, da experiência profissional e da própria personalidade. De acordo com estes factores, também respondem emocionalmente, não decorrente da necessidade de executar o procedimento (ao contrário do que acontece com as mães) pois é considerado rotina mas, como reacção aos comportamentos das mães, quando não conseguem punccionar a criança (emoções desagradáveis) e quando executam o procedimento com sucesso (emoções agradáveis);**

Pretendíamos conhecer porque é que umas enfermeiras são mais calmas na execução do procedimento, outras mais comunicativas, outras manifestando maior ansiedade, outras brincando com a criança e integrando as mães nos cuidados. E desde cedo percebemos que, tal como acontece com as mães, também a resposta das enfermeiras é afectada por uma série de condições intervenientes, ou seja, factores que condicionam o tipo de resposta à situação.

Para as enfermeiras deste estudo, cuidar em pediatria significa muito mais que tratar, é um cuidar centrado na família e em parceria com esta, estabelecendo uma relação de ajuda com a díade, respeitando a cultura; não se presta apenas um cuidado técnico mas também relacional por excelência, valorizando a criança como cliente especial dada a sua fragilidade e sinceridade.

Notámos que, todas as enfermeiras valorizam a criança e família como um todo unificado e, como interpretam que a presença da família é fulcral durante o internamento para assegurar os cuidados de conforto e afecto, tal como são prestados em casa, mesmo

quando as mães não querem assistir aos procedimentos, tentam incentivá-las a assistir alegando o bem da criança.

Relativamente à experiência profissional em pediatria concluímos que, e referido também pelas enfermeiras e mães participantes, prepara a enfermeira para a resolução de problemas específicos em pediatria, apresentando uma resposta mais adequada às necessidades da díade (por exemplo, quando não conseguem puncionar adoptam estratégias para acalmar a criança e mãe e gerir as suas próprias emoções). Por outro lado, a experiência profissional permite também o desenvolvimento da habilidade técnica, porque uma coisa é puncionar uma vez e outra é tentar puncionar três ou quatro vezes, contribuindo para o aumento da ansiedade tanto das mães como das enfermeiras. Esta experiência também permite o desenvolvimento de competências relacionais, porque há toda uma habituação à relação interpessoal estabelecida com a mãe e criança como cliente único. Há muitas pessoas que acreditam que as habilidades de comunicação constituem a chave para relações interpessoais positivas. Assim, uma enfermeira competente a nível relacional saberá utilizar da melhor forma técnicas de comunicação que facilitarão a interacção. Tal facto, é salientado por duas enfermeiras peritas, que consideram que as suas competências relacionais se transformaram com a experiência, resultando daí uma melhor compreensão/aceitação das atitudes das mães, respeito pelas suas decisões, habituação progressiva às especificidades da criança e habilidade para acalmá-las a ambas.

Mas, uma vez que constatámos que uma enfermeira com pouco tempo de serviço em pediatria não teria tido ainda oportunidade para transformar a sua competência relacional em pediatria, concluímos que, esta competência não se desenvolve apenas como resultado da experiência mas também está relacionada com a personalidade. Relativamente a esta, por exemplo, há enfermeiras que brincam com a criança resultando daí um ambiente calmo, sendo esta característica valorizada por algumas mães. Por outro lado, as mães referem-se às enfermeiras como simpáticas, preocupadas com a criança e pessoas que tentam dar apoio.

Ainda relativamente a esta competência relacional tanto as enfermeiras como as mães reconhecem que, as enfermeiras que são mães, terão maior capacidade empática, porque sabem o que é ser mães e ver um filho sofrer. Assim, esta condição poderá actuar como condição interveniente no tipo de resposta dada pelas enfermeiras no contexto da interacção, na relação com a díade. Mas o facto de a enfermeira ser mãe, apesar de facilitar a compreensão do que a mãe da criança hospitalizada sente, não poderá ser entendida como uma questão de competência, isto é, não significa que uma enfermeira que é mãe tenha maior capacidade para acalmar a outra mãe.

Para além desta empatia, inerente à relação de ajuda, notámos um constante respeito das enfermeiras pelas decisões das mães, manifestado por exemplo, quando uma enfermeira refere que, raramente, punctiona na cabeça porque as mães não gostam.

Tal como as mães, as enfermeiras também **respondem emocionalmente**. Se, por um lado, sentem aflição quando as mães não comunicam com as crianças durante o procedimento, por outro lado, sentem-se frustradas, revoltadas e ansiosas quando não conseguem punctioná-las à primeira, segunda e terceira tentativas. Mas, numa tentativa de gerir as suas emoções tentam autocontrolar-se de forma a não revelar às mães o seu estado emocional.

Apesar destas emoções desagradáveis, expressam também emoções agradáveis como a satisfação, decorrente de executarem o procedimento com sucesso e com o mínimo de sofrimento para a criança e conseqüentemente para a mãe.

O profissional de saúde pela riqueza de situações com que se depara, vai continuar a sentir durante as suas diferentes atribuições uma variedade enorme de emoções inéditas de forte intensidade e muitas vezes com intervalos curtos. O aparecimento de uma emoção na esfera do consciente produz-se de maneira involuntária, mas a gestão deste sentimento pode ser controlada.

Em algumas situações, as enfermeiras referiram que por vezes, é difícil gerir as suas emoções e as das mães, uma vez que a ansiedade destas transmite-se à criança e a si próprias, dificultando a execução do procedimento com sucesso, sendo por vezes, necessário um grande auto-controlo de forma a manter o ambiente livre de tensões.

**5ª – As enfermeiras desenvolvem intervenções terapêuticas tanto na interacção com as mães como na interacção com as crianças, em três momentos diferentes (antes, durante e após) com a intenção de promover o bem-estar da díade. Notámos que, após o procedimento, apesar das enfermeiras se referirem à importância de apoiar emocionalmente as mães, tal não se verificou, pois atender as crianças após o procedimento constituiu-se como prioritário.**

Na interacção com as crianças, comum a estes três momentos, as enfermeiras cuidam com dupla finalidade: prestar cuidados técnicos (instrumentais) e desenvolver uma interacção terapêutica a que chamamos de cuidado relacional, concluindo que, em qualquer acto técnico há sempre um acto relacional (toque, comunicar com palavras carinhosas). De forma geral são implementadas acções com a intenção de acalmar, distrair, ajudar/apoiar, proteger, minimizar a dor. Também a brincadeira como intervenção terapêutica é muito valorizada pelas enfermeiras em crianças com mais de um ano, como forma de ganhar empatia e confiança destas e conseqüentemente da sua mãe.

Na interacção com as mães, a comunicação verbal predomina em todos os momentos. Antes do procedimento a comunicação verbal tem como intenção em alguns casos, criar empatia, e na sua maioria informar sobre o procedimento, sobre técnicas farmacológicas para alívio da dor, e explicar como forma de obter consentimento. Durante o procedimento, esta comunicação tem como intenção solicitar colaboração, explicar/informar, questionar se quer assistir, obter informações sobre as crianças, acalmar/distrair/apoiar/tranquilizar e orientar para acalmá-las. Após o procedimento, assistimos a uma relação de ajuda, apenas referida pelas enfermeiras. Constatámos, também, através das notas de campo que, nesta fase, a atenção é inteiramente dirigida às crianças, comunicando as enfermeiras com estas com a intenção de chegar às mães; ou seja, dão por terminado o procedimento dirigindo-se verbalmente às crianças. Considerámos esta ser uma forma de, pelas crianças, dando atenção a estas, informar as mães do fim do procedimento, uma vez que lactentes e crianças até dois anos não compreenderão a intenção desta conversa.

Concluimos também que, apesar das enfermeiras terem conhecimento que deverão preparar as mães para os procedimentos, tal não se verificou. Por um lado, pensamos acontecer porque, as enfermeiras normalmente focalizam-se na criança como prioridade acreditando que as mães conseguem defender-se. Mas por vezes, algumas mães, têm formas de lidar diferentes com situações de stresse, umas mais susceptíveis que outras, outras com experiências anteriores traumatizantes que, na maior parte das vezes, passam despercebidas às enfermeiras. Por falta de disponibilidade, não conseguem dispender momentos para incentivar as mães a exprimirem os seus sentimentos, dúvidas e angústias. Notamos sim, uma preocupação constante das enfermeiras em explicar às mães os procedimentos, as suas acções durante a execução dos procedimentos e as reacções das crianças.

**6ª – Na interacção mães e enfermeiras comunicam entre si, desencadeando-se um ciclo de acções e reacções, ou seja, de estímulos e de respostas através de percepções mútuas e mecanismos de interpretação.**

As enfermeiras avaliam comportamentos das mães, interpretando-os e planeando as suas acções de acordo com essa avaliação.

Neste ponto importa salientar ainda que, quando os interactuantes fazem interpretações dos comportamentos, fazem-no através do comportamento exterior. Por um lado, através de expressões faciais (olhar e tom de voz) e por outro lado através da postura.

Concluimos também que, e como acontece em qualquer situação de interacção, a ansiedade, por exemplo, é transmitida tanto pelas mães como pelas enfermeiras e até

mesmo pelas crianças; os comportamentos evidenciados são interpretados, ansiedade gera ansiedade, comportamento gera comportamento, desenvolvem-se percepções mútuas e o ambiente torna-se mais tenso, contribuindo para uma resposta menos positiva tanto das enfermeiras como das mães. Por outro lado, se ambos os interactuantes se mantiverem calmos, essa calma contribui para um ambiente calmo (assim como a ansiedade contribui para um ambiente tenso) e actua como factor facilitador para o sucesso da execução do procedimento, com menor dor e tornando a experiência o menos traumatizante possível, para todos os envolvidos na interacção.

**Em síntese**, concluímos que mães e enfermeiras respondem à dor provocada pelos procedimentos na criança. Estas respostas evidenciadas são afectadas por uma série de factores sociais, culturais e pessoais e são esses factores que determinam a forma como reagem emocionalmente no contexto da execução dos procedimentos e como interagem entre si e com a criança num ciclo constante de acções e reacções. Esta interacção entre mãe/criança/enfermeira tem como objectivo prioritário promover o bem-estar da criança, tornando a experiência o menos traumatizante possível.

## **IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

Os resultados deste estudo fornecem várias implicações para a prática dos cuidados de enfermagem, para a investigação e para a formação.

### **Implicações para a prática**

Constatámos que as experiências anteriores afectam a resposta das mães aos procedimentos. Desta forma, é fundamental incluir aquando da admissão da criança nas unidades pediátricas, um ponto relativo a experiências de dor anteriores traumatizantes, identificando e planeando estratégias em conjunto com as mães, relativamente às formas como elas lidam com estas experiências e conseqüentemente com a situação actual. Isto porque, fazendo um diagnóstico eficaz, avaliando a resposta emocional das mães as enfermeiras poderão prever comportamentos e capacidade das mães em apoiar os filhos nestes momentos considerados difíceis pelas mesmas.

As enfermeiras poderão, também, assegurar, através da educação e orientação prévia, que as crianças e seus pais compreendam a sua experiência de dor, continuamente avaliando a dor destas, trabalhando com os médicos em conjunto e outras profissionais de saúde, implementando estratégias para controlo a dor de forma efectiva. Só com os pais, crianças e outros profissionais é que as enfermeiras poderão assegurar um controlo eficaz da dor das crianças.

Por outro lado, aprender a conhecer, reconhecer as suas emoções, as suas manifestações, descrever o que as sobressalta ou aterroriza é certamente progredir no conhecimento e no auto-domínio. Muitas vezes as mães não esperam nada de especial para além das palavras senão uma referência, um ponto de apoio na sua tempestade emocional. Identificar, distinguir muito bem as emoções nas mães vai permitir iniciar uma relação de ajuda precisa, que é a reformulação reflexa do sentimento; neste caso, para o cuidador, trata-se de fazer durante um curto espaço de tempo, de espelho emocional, de reflectir com, de oferecer a quem sofre a oportunidade de ter uma visão clara do seu estado mental.

As enfermeiras devem acreditar que, tem-se mais confiança em alguém que sorri, e uma das principais características do sorriso, é o facto de ser contagioso, transmite-se. As enfermeiras estão em contacto com pessoas em sofrimento, elas deveriam pois cultivar esta atitude de alegria.

Acreditamos também que a acção de informar deve fazer parte da prática quotidiana da enfermagem, melhorando dessa forma, o padrão de actuação dos pais e minimizando a sua ansiedade frente à hospitalização dos seus filhos. Como a falta de informação aumenta a ansiedade dos pais consideramos que a informação é essencial para uma interacção adequada entre enfermeira e família da criança hospitalizada. Quando os pais estão devidamente informados sobre a hospitalização e procedimentos e integrados nos cuidados aos filhos, apresentam maior capacidade para superar essa experiência, acompanham de perto os seus filhos e fazem mais perguntas sobre a doença e hospitalização.

As enfermeiras têm o papel de mediadoras entre as crianças, as mães e os procedimentos, cabendo a estas os esclarecimentos necessários e adaptados à necessidade do binómio. Dessa forma, estarão a exercer o seu papel, facilitando a adaptação das crianças e das mães à situação, para que estas, apesar do sofrimento, possam vivenciar a experiência e estreitar o vínculo. Assim, deverão assistir os pais no seu papel de suporte aos filhos, ensinando estratégias para os ajudarem durante os procedimentos dolorosos. Desta forma, poderá contribuir para uma diminuição dos níveis de ansiedade da díade e para a sua própria diminuição do stresse.

### **Implicações para a investigação**

Partimos para esta investigação sempre com a ideia de que esta trajectória poderia ser uma das muitas possíveis a serem seguidas. Tal como referimos na introdução este trabalho, dada a natureza qualitativa do estudo e havendo uma maior preocupação com o processo do que com os resultados, esta investigação pretendeu fazer uma análise

intensiva de casos particulares, não com o intuito de nos levar a generalizações mas incentivar a reflexão sobre os resultados, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e também permitir o levantamento de possíveis e ulteriores problemas de pesquisa.

Assim, consideramos pertinente manter o desenvolvimento desta temática, alargando a amostra para crianças de outras idades e submetidas a outros tipos de procedimentos dolorosos e, considerando que, observando de perto a realidade e o contexto natural em que o fenómeno ocorre, poderemos cada vez mais, conhecê-lo em profundidade e o mais próximo possível da perspectiva “emic” dos participantes.

Salientamos também que, a interacção em cuidados pediátricos de forma geral e não só durante os procedimentos, constitui na literatura uma lacuna. Assim, consideramos que estudos futuros poderão ser realizados de tal forma que, outros aspectos da interacção possam ser investigados, bem como a construção do cuidado em pediatria uma vez que exige uma interacção constante entre enfermeiros e familiares acompanhantes.

Temos em conta que outras questões de investigação precisam de ser exploradas, tais como:

- Como interagem mães e enfermeiras no contexto dos cuidados pediátricos?
- Como se constrói a relação entre mães e enfermeiras no contexto dos cuidados pediátricos?
- Como se desenvolvem as competências no cuidado à criança hospitalizada?
- Qual a relação entre os níveis de ansiedade e as respostas evidenciadas pelas mães e enfermeiras durante a execução dos procedimentos?

### **Implicações para a formação**

Como referido por uma enfermeira com pouco tempo de experiência em pediatria a sua maior dificuldade é na comunicação com as mães, nomeadamente em como lidar com os diferentes comportamentos destas. Assim, sugerimos que sejam criados momentos de reflexão sobre as práticas dos cuidados de enfermagem, discutindo sobre as emoções geradas pelos procedimentos e como controlá-las da melhor forma com o objectivo de não transmitir essa ansiedade às mães e crianças, planeando formação nessa área, por exemplo, aprender a comunicar com pessoas ansiosas e com dificuldade em gerir as suas emoções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* (2º vol). Lisboa: Editorial Verbo;
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Adler, P. A. & Adler, P. (1994). Observational Techniques. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 377-392). New Delhi: Sage publications;
- Alfaro-LeFevre, R. (1996). *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Alfaro-LeFevre, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora;
- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry. *Wong Fundamental de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed., pp. 637-705). Rio de Janeiro: Elsevier;
- Algren, C. & Arnow, D. (2006). Variações das intervenções de enfermagem pediátricas. In M. J. Hockenberry, *Wong Fundamental de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed., pp. 706-786). Rio de Janeiro: Elsevier;
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusociência;
- Almeida, A. (2001). *Recém-nascido internado numa UCIRN: Que participação dos pais nos cuidados*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre. Porto, Universidade do Porto, ICBAS;
- Angerami-Camon, V. A., Chiattonne, H. B. & Nicoletti, E. A. (1992). *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Editora Pioneira;
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E. & Bem, D. J. (1995). *Introdução à psicologia* (11ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas;
- Auge, M & Colleyn, J.P (2004). *A antropologia: perspectivas do Homem*. Lisboa: Edições 70;
- Basto, M. (1992). Interacção enfermeira-doente hospitalizado. *Nursing*, 49, 6-9;
- Bauchner, H., Vinci, R. & Waring, C. (1989). *Pediatric procedures: do parents want to watch?* *Pediatrics*, 84, 907-909;

- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora;
- Belcher, J. R. & Fish, L. J. B. (2000). Hildegard E. Peplau. In J. B. George, *Teóricas de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional* (4ª ed., pp. 45-57). Porto Alegre: Artmed Editora;
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora;
- Berlo, D.K. (1999). *O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática* (9ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bicho, D. & Pires, A. (2002). Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 115-120;
- Bitti, P. R. & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social*. Lisboa: Editorial Estampa;
- Blair, P. (2004). Is family presence practical during emergency resuscitation? *Nursing Management*, 35 (6), 20-23;
- Blumer, H. (1969). *Symbolic intervention, perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora;
- Borges, E. N. (2006). O sofrimento dos enfermeiros em pediatria. In P. Marques; J. C, Sousa; P. Borges & S. Cruz, *Rumo ao conhecimento em enfermagem* (pp. 249-340). Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João;
- Bowden, V. R. & Greenberg, C. S (2005). *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan;
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: apego* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes;
- Bowlby, J. (1998). *Perda: tristeza e depressão*. Volume 3 da trilogia Apego e Perda (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes;
- Brammer, L. M. (1985). *The helping relationship: process and skills*. New Jersey: Prentice Hall;
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença;
- Brazelton, T. B. (2000). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar;

- Bryman, A. & Burgess, R. G. (1994). Developments in qualitative data analysis: an introduction. In A. Bryman & R. G. Burgess, *Analysing qualitative data* (pp. 1-17). London: Routledge;
- Brennan, A. (1994). Caring for children during procedures: a review of the literature. *Pediatric Nursing*, 20 (5), 451-458;
- Broome, M. (2000). Helping parents support their child in pain. *Pediatric Nursing*. 26 (3), 315-317;
- Broome, M. E. & Huth, M. M. (2001). Preparation for hospitalization, surgery and procedures. In M. Craft-Rosenberg & J. Denehy, *Nursing Interventions for infants, children and families* (pp. 281-297). Thousand Oaks: Sage Publications;
- Broome, M. E. & Huth, M. M. (2002). Nursing management of the child in pain. In N. L. Schechter; C. B. Berde & M. Yaster, *Pain in infants, children and adolescents* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 417-433). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;
- Brown, P. J., Gregg, J. & Ballard, B. L. (1998). Culture, ethnicity, and the practice of medicine. In A. Stoudemire, *Human Behavior: an introduction for medical students* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 109-136). Philadelphia: Lippincott-Raven;
- Burguess, R. G. (1997). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora;
- Bursch, B. & Zeltzer, L. K. (2005). Tratamento da dor pediátrica. In R. E. Behrman; R. M. Kliegman & H. B. Jenson, *Nelson Tratado de Pediatria* (17<sup>a</sup> ed., pp. 384-392). Rio de Janeiro: Elsevier;
- Caetano, A. (1978). *Sobre a comunicação interpessoal*. Lisboa: Ulmeiro;
- Caetano, A. T., Henriques, F. S., Alves, J. N. & Ferreira, S. T. (2003). Reflexões sobre a actuação do enfermeiro perante a dor na criança e família. *Nursing*, 174, 13-17;
- Camarneiro, A. F. (1995). Do nascimento aos primeiros passos: a importância da vinculação. *Sinais Vitais*, 2, 33-36;
- Capuzzi, C. (1989). Maternal attachment to handicapped infants and the relationship to social support. *Research in Nursing and health*, 12, 161-167;
- Carlson, K. L., Broome, M. & Vessey, J. A (2000). Using distraction to reduce reported pain, fear and behavioral distress in children and adolescents: a multisite study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 5 (2), 75-85;
- Carpenter, D. R. (2002). Método de teoria fundamentada. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;

- Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8 (4), 8-9;
- Caws, L. & Pfund, R. (1999). Venepuncture and cannulation on infants and children. *Journal of Child Health Care*, 3 (2), 11-16;
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique et humaniste*. Paris: Lamarre;
- Charon, J.M. (1989). *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. New Jersey: Prentice Hall;
- Charpentier, G. (2003). *As doenças e as suas emoções*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Chenitz, W. C. & Swanson, J. M. (1986). *From practice to Grounded Theory*. New York: Addison Wesley;
- Christoffel, M. M. & Santos, R. S. (2001). A dor no recém-nascido e na criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54 (1), 27-33;
- Collet, N. & Rocha, S. (2003). Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3, 260-264;
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel;
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003). *Do caminho percorrido e das propostas: análise do primeiro mandato – 1999/2003*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/INCP): versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem;
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores;
- Costa, A. (1986). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. Silva & J. Pinto (ed.), *Metodologia das ciências sociais*. (pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento;
- Coyne, I. & Cowley, S. (2006). Using Grounded Theory to research parent participation. *Journal of research on nursing*, 11, 501-515;
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro da Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América;

- Damáσιο, A. (2004). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem-Martins: Publicações Europa-América, Lda;
- Darbyshire, P. (1993). Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1670-1680;
- De La Cuesta, C. B. (1999). Contribucion de la investigacion cualitativa al campo de la salud. *Sinais Vitais*, 27, 33-35;
- De La Cuesta, C. B. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of qualitative methods*, 2 (4), 1-27;
- Decreto-lei nº 21/81 de 19 de Agosto. *Acompanhamento familiar da criança hospitalizada*. Diário da República, I Série (189): 2129. Assembleia da República. Lisboa;
- Diogo, P. (2001). Uma orientação para cuidar...a criança. *Servir*, 49 (1), 17-21;
- Dowling, J. S. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28 (2), 123-131;
- Edwinston, M., Arnbjornsson, E. & Ekman, R. (1988). Psychologic preparation program for children undergoing acute appendectomy. *Pediatrics*, 82, 30-35;
- Elkin, M. K., Perry, A. G. & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Ellis, J. & Hartley, C. (1998). *Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed;
- Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research on teaching. In M. Wittrock (ed.), *Handbook of research on teaching*. (pp. 119-161). New York: MacMillan;
- Espírito Santo, C. (1999). A arte e a ciência da enfermagem contemporânea: necessidade de um modelo teórico que a fundamente. *Referência*, 2, 65-73;
- Fachada, O. (2003). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo;
- Faria, M. C., Serra, A. & Firmino, H. (1989). Comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria Clínica*, 10 (1), 1-8;
- Fawcett, J. (1984). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company;
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a psicologia* (5ª ed.). Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal;
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor: o quotidiano de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora;

- Fernandes, E. M. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida, *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 47-76). Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia;
- Fernandes, E. V. (2000). *Sociopsicologia da comunicação humana*. Vagos: Edipanta, Lda;
- Ferreira, J. M., Neves, J. & Caetano, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: Editora McGraw Hill;
- Figueiredo, C. K. & Schermann, L. (2001). Interação mãe-criança e problemas de comportamento infantil em crianças com hipotireodismo congénito. *Psicologia: Reflexão e crítica. Revista da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, 14 (3), 487-495;
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: pensar o sofrimento*. Porto: Edições Afrontamento;
- Folkes, K. (2005). Is restraint a form of abuse? *Paediatric Nursing*, 17 (6), 41-44;
- Fooladi, M. M. (2005). The healing effects of crying. *Holistic Nursing Practice*, 19 (69), 248-255;
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência;
- Freire, M.S. (1999). *Comunicação, comportamento humano e empresa*. Portalegre: Escola Superior de tecnologia e gestão;
- Gahagan, J. (1976). *Comportamento interpessoal e de grupo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores;
- Galanti, G. A. (1997). *Caring for patients from different cultures*. UPP;
- Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto editora;
- Gameiro, M. G. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Referência*, 19, 5-15;
- Gasquoine, S. (2005). Mothering a hospitalized child: it's the "little things" that matter. *Journal of child health care*, 9 (3), 186-195;
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora S. A - Livros técnicos e científicos;
- George, J. (2000). Imogene M. King. In J. George. *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. (pp. 169-183) Porto Alegre: Artmed Editora;

- Ghiglione, R. (1986). *L'homme comunicant*. Paris: Armand Colin;
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter;
- Goetz, J. P. & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata;
- Goleman, D (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e debates;
- Gomes-Pedro, J. C. (1985). *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Estudos gerais, série universitária;
- Gómez, G.R., Flores, J.G & Jiménez, E.G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe;
- Guarechi, A. P. & Martins, L. M. (1997). Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31 (3), 423-436;
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós;
- Hargie, O. & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication: research, theory and practice* (4<sup>th</sup> ed.). London: Routledge – Taylor & Francis Group;
- Hanson, P. G. (1998). Stress e adaptação. In V. B. Bolander, Sorensen e Luckmann *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica* (pp. 330-369). Lisboa: Lusodidacta;
- Heiney, S. P. (1991). Helping children through painful procedures. *American Journal of Nursing*, 91 (11), 20-24;
- Helman, C. (ed.) (2003). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed;
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;
- Hickman, J. (2004). Introdução à teoria de enfermagem. In J. George, *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4<sup>a</sup> ed., pp. 11-20). Porto Alegre: Artmed;
- Horodyski, M. A & Gibbons, C. (2004). Rural low-income mothers interactions with their young children. *Pediatric Nursing*, 30 (4), 299-306;

- Hutchinson, S. A. & Wilson, H. S. (2001). Grounded Theory: the method. In P. L. Munhall, *Nursing research: a qualitative perspective* (3<sup>a</sup> ed., pp. 209-243). London: Jones and Bartlett Publishers;
- Hutchinson, S & Wilson, H. (2007). Entrevistas de investigação e terapêuticas: uma perspectiva pós-estruturalista. In J. M. Morse, *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (pp. 294-324). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda;
- James, D. H. (1995). Humor: a holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (3), 239-247;
- Jorge, A.M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência;
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson;
- Kleiber, C. & McCarthy, A. M. (1999). Parent behavior and child distress during urethral catheterization. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 4, 95-104;
- Kristenssen-Hallstrom, I. & Elander, G. (1997). Parent's experience of hospitalization: Different strategies for feeling secure. *Pediatric nursing*, 4 (23), 361- 367;
- Kyritsi, H., Matziou, V., Perdikaris, P. & Zyga, S. (2004). Painful procedures: do parents want to be present? *ICUs and Nursing Web Journal*, 18, 1-9;
- Kyritsi, H., Matziou, V., Perdikaris, P. & Evagelou, H. (2005). Parent's needs during their child's hospitalization. *ICUS and Nursing Web Journal*, 23, 1-9;
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer;
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta;
- Leininger, M. (1997). Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial. II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, Lisboa, Portugal. *Revista Enfermagem*, 10 (2<sup>a</sup> série), 32-36;
- Leonard, M.K. & George, J.B. (2000). Ida Jean Orlando. In J. George, *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4<sup>a</sup> ed., pp. 131-145). Porto Alegre: Artmed;
- Léssard-Herbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e prática*. Lisboa: Instituto Piaget Artes Gráficas;

- Levy, M. L. (1991). Humanização dos serviços de atendimento à criança. In A. Moleiro, A. G. Martins, M. C. Carvalho, M. J. Fernandes & M. L. Levy, *Humanizar o atendimento à criança* (pp. 13-17). Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria;
- Lima, A. M., Martinez, B & Filho, J.L. (1980). *Introdução à antropologia cultural*. Lisboa: Editorial Presença;
- Lima, R., Rocha, S. & Scochi, C. (1999). Assistência à criança hospitalizada: Reflexões acerca da participação dos pais. *Revista latino americana de enfermagem*, 7 (2), 33-39; Consultado a 2 de Janeiro de 2006 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/vtn2/13459.pdf>;
- Lofland, J. & Lofland, L. H. (1995). *Analysing social settings: a guide to qualitative observation and analysis* (3rd. ed.). California: Waldsworth Publishing Company;
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros;
- Lopes, M. J. (2003). A metodologia da *Grounded Theory*: um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 63-74;
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau;
- Ludke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora pedagógica e universitária, Lda;
- Luna (2008). Personalidade. 5p. Consultado em 10 de Abril de 2008 em <http://www.exames.org/apontamentos/Psicologia/Unid8-Personalidade.doc>;
- Macedo, E. C., Batista, G. S. & La Cava, A. M. (2006). Reacciones de niños y adolescentes sometidos a analgesia tópica local en la punción venosa periférica. *Enfermería Global*, 9, 1-8;
- MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A. & Désy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *American Journal of Critical Care*. 12 (3), 246-257;
- Malpique, C. (1999). A pele como órgão primordial de comunicação na díade. *Revista Nascer e Crescer*, 8 (3), 157-161;
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência*, 8, 53-61;

- Marc, E. & Picard, D. (1992). *A interação social*. Porto: Rés Editora;
- Marçal, T. (2004). Compaixão e empatia. In M. C. Neves & S. Pacheco, *Para uma ética de enfermagem: desafios* (pp. 277-290). Coimbra: Gráfica de Coimbra;
- Martins, A. (1991). Alguns aspectos psicológicos da humanização. In A. Moleiro, A. G. Martins, M. C. Carvalho, M. J. Fernandes & M. L. Levy, *Humanizar o atendimento à criança* (pp. 25-42). Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria;
- Martins, S. A. (2006). As contribuições teórico-metodológicas de E.P. Thompson: a experiência e cultura. *Revista electrónica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*, 2 (2), 113-126. Consultado a 2 de Dezembro de 2007 em [http://www.emtese.ufsc.br/4\\_art\\_2.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/4_art_2.pdf);
- Mead, G.H. (1964). *George Herbert Mead on social psychology*. Chicago: University of Chicago Press;
- Mead, G.H. (1974). *Mind, self & society: from the stand point of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press;
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: development and progress* (2<sup>nd</sup>.ed.). New York: J.B. Lippincott Company;
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4<sup>th</sup>.ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;
- Melhuish, S. & Payne, H. (2006). Nurses attitudes to pain management during routine venepuncture in young children. *Paediatric Nursing*, 18 (2), 20-23;
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência;
- Mercadier, C. (2002). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, o âmago da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência;
- Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2000). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência;
- Miceli, P. & Clarck, P. (2005). Your patient, my child: Seven priorities for improving pediatric care from the parent's perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 1 (20), 43-53;
- Moreira, C.D. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;

- Moreno, R. L., Jorge, M. S. & Moreira, R. V. (2003). Vivências maternas em unidade de terapia intensiva: um olhar fenomenológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (3), 282-287;
- Morse, J. M. (1991). Subjects, respondents, informants and participants? *Qualitative Health Research*, 1 (4), 403-406;
- Morse, J. M., Bottorf, J., Anderson, G., O' Brien, B. & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 809-821;
- Moura, E. R. F. & Pagliuca, L. M. F. (2004). A teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 38 (3), 270-279;
- Nabais, A. J. (2005). Pensar a criança. *Revista Pensar Enfermagem*, 9 (2), 68-71;
- Needlman, R. D. (2005). O Recém-nascido. In R. E. Behrman; R. M. Kliegman & H. B. Jenson, *Nelson Tratado de Pediatria* (17<sup>a</sup> ed., pp. 32-34). Rio de Janeiro: Elsevier;
- Nelson, A. E., Gleaves, L. & Nuss, S. (2003). Mothers' responses during the child's stem cell transplantation: pilot study. *Pediatric Nursing*. 29 (3), 219-223;
- Neto, A. M., Machado, F. & Vilarinho, A. M. (2006). Vinculação afectiva e comportamentos de vinculação afectiva entre pais e filhos. *Revista Sinais Vitais*, 65, 50-52;
- Newton, M. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26 (2), 164-168;
- Oatley, K. & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Ogilvie, L. (1990). Hospitalization of children for surgery: the parents' view. *Child Health Care*, 18 (1), 49-56;
- Oliveira, B. & Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afectivo criança – família. *Revista latino-americana de enfermagem*, 7 (5), 95-102. Consultado a 12 de Novembro de 2006 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf>,
- Oliveira, I. & Angelo, M. (2000). Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora: a experiência da mãe acompanhante. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 34 (2) 202-208;
- Palmer, S. (1993). Care of sick children by parents: A meaningful role. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 185-191;

- Pandit, N. R. (1996). The creation of theory: A recent application of the Grounded Theory method. *The Qualitative Report*, 2 (4); Consultado a 26 de outubro de 2007 em <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-4/pandit.html>;
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>nd</sup>. ed.). Newbury Park: Sage publications;
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- Pinto, J. P & Barbosa, V. L. (2007). Vínculo materno-infantil e participação da mãe durante a realização da punção venosa: a ótica da psicanálise. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 15 (1); Consultado a 19 de Abril de 2007 em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a22.pdf);
- Pinto, J., Fernandes, R. & Teixeira, M. (2001). A mãe e a punção venosa do filho hospitalizado: Uma visão fenomenológica. *Revista Paulista de Enfermagem*, 20 (2), 12-19;
- Poisson, I. (1991). *La Recherche Qualitative en Éducation*. Québec: presses de l' Université du Québec;
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1995). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva;
- Ribeiro, A. (1992). Comunicação e relação interpessoal. In *Manual do Formador – Psicologia da Educação*. Porto: GETAP;
- Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias;
- Riley, J. B. (2004). *A comunicação em enfermagem* (4<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Moraes Editors;

- Sá, E. (2004). Da emoção ao sofrimento: aspectos psicológicos e algumas reflexões éticas sobre a dor. In M. C. Neves & S. Pacheco, *Para uma ética de enfermagem: desafios* (pp. 353-361). Coimbra: Gráfica de Coimbra;
- Sabatés, A. & Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista latino americana de enfermagem*, 13 (6), 968-973; Consultado a 2 de Outubro de 2006 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf>;
- Salmon, K. & Pereira, J. K. (2002). Predicting children's response to an invasive medical investigation: the influence of effortful control and parent behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (3), 227-233;
- Santos, A. S. C. (2000). Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 325-334;
- Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências* (11<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento;
- Santos, M. I. A. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 51-60;
- Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology: biopsychosocial interactions* (3<sup>rd</sup>. ed.). New York: John Wiley Sons Inc;
- Schmieding, N. J. (2004). Ida Jean Orlando: Teoria do processo de enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5<sup>a</sup> ed., pp. 445-465). Loures: Lusociência;
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 118-137). New Delhi: Sage Publications;
- Scortegagna, S. A., Miranda, C., Morsch, D. S., Carvalho, R. A., Biasi, J. & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (2), 61-70;
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor;
- Shaw, E. G. & Routh, D. K. (1982). Effect of mother presence on children's reaction to aversive procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 7 (1), 33-42;
- Shields, L. (2002). The parent staff interaction model of pediatric care. *Journal of pediatric nursing*, 17 (6), 442-449;

- Shin, H. & White-Traut, R. (2005). Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 56-62;
- Sieloff, C.L. (2004). Imogene King: Estrutura de sistemas de interacção e teoria da consecução de objectives. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 377-403). Loures: Lusociência;
- Silva, E. R. (2005). Stresse e estratégias de coping em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 46-53;
- Silva, L. R., Christoffel, M. M., Fernández, A. M. & Santos, I. M. (2006). A importância da interacção mãe-bebé no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. *Revista de enfermagem UERI*, 14 (4), 606-612;
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros/estatuto profissional*. Lisboa: SEP;
- Slepoj, V. (1998). *Compreender os sentimentos*. Lisboa: Editorial Presença;
- Soares, I. (2001). 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* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto;
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objectais*. São Paulo: Martins Fontes Editora;
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Wadsworth Thomson learning;
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. New York: Wadsworth Thomson learning.
- Stefanelli, M. C. & Carvalho, E. C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem;
- Stephens, B. K; Barkey, M. E. & Hall, H. R. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Accident & Emergency Nursing*, 7, 226-236;
- Stern, D. (1992). *Bebé-mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Edições Salamandra;
- Stratton, K. (2004). Parents experiences of their child's care during hospitalization. *Journal of Cultural Diversity*, 11 (1), 4-11;

- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press;
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory* (2<sup>nd</sup>. ed.). California: Sage Publications;
- Streubert, H. J. (2002a). Filosofia e teoria: Fundamentos da investigação qualitativa. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (ed.), *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (pp. 1-15). Loures: Lusociência;
- Streubert, H. J. (2002b). A Produção da Investigação Qualitativa: Elementos Comuns Essenciais. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (ed.), *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (pp. 17-35). Loures: Lusociência;
- Sugano, A. S., Sigaud, C. H. & Rezende, M. A. (2003). A enfermeira e a equipe de enfermagem: segundo mães acompanhantes. *Revista latino-americana de enfermagem*, 11 (5), 601-607; Consultado a 25 de Agosto de 2006 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a06.pdf>;
- Sundeen, S. J., Stuart, G. W., Rankin, E. A. & Cohen, S. A. (1994). *Nurse-client interaction: implementing the nursing process* (5<sup>th</sup>.ed.). St.Louis: Mosby;
- Tomey, A. M. (2004). Joyce Travelbee: modelo de relação pessoa-a-pessoa. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 467-479) (5<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;
- Triviños, A. N. (1994). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas S.A;
- Usher, R. & Bryant, I. (1992). *La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo*. Madrid: Ediciones Morata;
- Vara, L. R. A. (1996). Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1, 5-52;
- Vulcan, B. M. & Nikulich-Barret, M. (1988). The effect of selected information on mothers anxiety levels during their childrens hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 3, 97-102;
- Walker, E. A. & Faton, W. J. (1998). Psychological factors affecting medical conditions and stress responses. In A. Stoudemire, *Human Behavior: an introduction for medical students* (pp. 85-108) (3<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven;

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Welsch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 563-591) (5ª ed.). Loures: Lusociência;
- Willinger, U., Diendorfer-Radner, G., Willnauer, R., Jörgl, G. & Hager, V. (2005). Parenting stress and parental bonding. *Behavioral Medicine*, 31 (2), 63-69;
- Willock, J., Richardson, J., Brazier, A., Powell, C. & Mitchell, E. (2004). Peripheral venepuncture in infants and children. *Nursing Standard*, 18 (27), 43-50;
- Winnicott, D. W. (1994). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage publications.



APÊNDICE I: Consentimento informado

---

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Carolina Ferreira Pereira de Oliveira, a frequentar o XIII Mestrado de Ciências em Enfermagem – Turma B, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, pretende realizar um estudo de investigação sobre a “Interacção enfermeira – mãe da criança hospitalizada durante os procedimentos de enfermagem dolorosos”, sendo orientadora da dissertação a Professora Doutora Maria do Céu Barbieri de Figueiredo. Para o efeito, surgiu a necessidade de observar interacções e entrevistar mães (em idade adulta) de crianças hospitalizadas e enfermeiras do serviço de Pediatria. 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 conhecer como se processa a interacção entre enfermeira e familiar da criança hospitalizada durante os procedimentos de enfermagem;
- c) Os dados serão colhidos com recurso à observação participante do contexto de trabalho das enfermeiras e entrevista semi-estruturada a participantes chave (enfermeira e familiar da criança hospitalizada), com gravação áudio;
- d) A selecção dos participantes será de acordo com o decorrer da investigação;
- e) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- f) A participação dos participantes é voluntária;
- g) A confidencialidade e a privacidade dos participantes ficarão completamente salvaguardadas;
- h) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamações relativamente a este estudo, os participantes podem contactar a autora deste trabalho, sempre que julguem necessário, através do telefone (...);
- i) Após a conclusão do trabalho de investigação a cassette 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) \_\_\_\_\_

APÊNDICE II: Guião de observação

---

## GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

### **Objectivos:**

- Descrever como interagem enfermeira-mãe, enfermeira-criança, criança-mãe e enfermeira-enfermeira ou outros actores (se presentes) desde que se encontram fisicamente, com vista a iniciar o procedimento, até ao momento em que se afastam após o procedimento;
- Descrever comportamentos verbais e não verbais destes actores durante os procedimentos de enfermagem dolorosos (punção venosa, entubação nasogástrica e aspiração de secreções);
- Identificar intervenções terapêuticas de enfermagem no cuidado à criança/mãe com dor.

**1º Momento:** interacção antes do procedimento (quando enfermeira entra no quarto) até ao momento em que entram na sala de tratamentos:

**Locais a observar:** quartos, sala de trabalho das enfermeiras, sala de processos, corredor.

- Quem solicita?
- Qual o objectivo da solicitação? Que falam?
- Comportamento da mãe quando a enfermeira refere que será executado o procedimento; (mãe-filho e enfermeira-criança)
- Comportamento da mãe com o filho;
- Comportamento da enfermeira com a criança;
- Atenção a interacções de continuidade (corredores, conversas entre enfermeiras, comentários entre mães)
- Utilização ou referência a instrumentos simbólicos (chucha, fralda, brinquedo...);

**2º Momento:** interacção que inicia após entrada na sala de tratamentos até ao momento em que a enfermeira comunica verbalmente que terminou o procedimento;

**Local a observar:** sala de tratamentos

- Como entram na sala? (expressão facial, interacção entre enfermeira-enfermeira, enfermeira-mãe, mãe-criança, enfermeira-criança)
- Como as mães se apresentam? (aspecto geral, expressões verbais e não verbais utilizadas)
- O que fazem as enfermeiras antes de executarem o procedimento?
- Intervenções terapêuticas da enfermeira com a criança e com a mãe?
- Comunicação verbal e não verbal (entre enfermeira-criança, mãe-criança, enfermeira-mãe, enfermeira-enfermeira) O que falam? O que fazem? Focam na criança? Olham nos

olhos? Escutam? Existe toque? Quem toca? Toque dirigido a quem? Qual o tom de voz? Qual a distância entre os actores?

- Quem solicita? Quando? Porquê? Qual o objectivo da comunicação verbal?
- Quem toma que decisões e por quem?
- Que comportamentos não verbais se identificam? (olhar, expressão facial, linguagem corporal)
- Que sentimentos se evidenciam no decorrer da interacção?
- Existe influência? O comportamento da enfermeira é influenciado pelo da mãe e/ou criança e vice-versa? Que reciprocidade?

**3º Momento:** interacção que inicia após a enfermeira dar por terminado o procedimento até ao momento em que presença física entre enfermeira e mãe termina.

**Locais a observar:** sala de tratamentos, corredor, quarto da criança, sala de processos.

- Como se despedem? De quem se despedem? Existe encaminhamento? Sobre que falam as enfermeiras após o procedimento?

**Presença de outros actores: (exemplo: auxiliares de acção médica)**

- Quais? Qual a função que assumem na interacção? Qual o objectivo da sua presença? Com quem interagem? Qual a atitude da mãe e da enfermeira face a estes actores?

APÊNDICE III: Guião de entrevista semi-estruturada às mães

---

### Guião de entrevista semi-estruturada às mães

**Objectivo geral:** compreender como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos

|                 | Objectivos  | Justificação  | Questões   | Observações   |
|-----------------|---|---|--|---|
| Introdução      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relembrar o tipo de estudo e sua finalidade;</li> <li>- Garantir a confidencialidade dos dados, pedindo novamente autorização para gravar a entrevista;</li> <li>- Assegurar a livre participação após esclarecimento completo;</li> <li>- Utilizar linguagem compreensível de acordo com o nível de escolaridade e situação sociocultural;</li> </ul> |   |  |   |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os sentimentos experienciados pelas mães quando assistem ao procedimento doloroso;</li> <li>- Identificar formas de adaptação da mãe às emoções.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emoções como fonte das acções e influência na interacção;</li> <li>- Capacidade de lidar com as emoções (estratégias de <i>coping</i>) como factor que interfere na interacção.</li> </ul> | <p>Recorde o procedimento de punção venosa (aspiração de secreções, entubação nasogástrica).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que sente quando puncionam (entubam, aspiram) o (a) seu (sua) filho (a)?</li> <li>- O que faz para lidar com esses sentimentos?</li> <li>- Numa situação de stress, como reage normalmente?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante.</li> <li>- Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão e escuta activa.</li> <li>- Estar atenta ao estado emocional do participante;</li> </ul> |

|                        |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|
| <b>Desenvolvimento</b> | <p>- Identificar que significados as mães atribuem aos seus comportamentos durante o procedimento doloroso ao filho hospitalizado.</p>   | <p>- A interacção é construída com base nos significados que os actores atribuem à situação que experienciam.</p>                                      | <p>- Questões dependentes dos comportamentos observados durante a interacção, por exemplo:<br/>                 ◇Reparei que chorou. Porque chorou?<br/>                 ◇Reparei que estabeleceu sempre contacto físico com o seu filho. Qual a sua intenção?<br/>                 ◇Porque desvia o olhar para o local onde as enfermeiras estão a puncionar?<br/>                 ◇Reparei que fechou os olhos quando introduziram a sonda de aspiração mas, por um breve momento, olhou. Qual a sua intenção?</p> | <p>- Estas questões são estruturadas após transcrição dos dados da observação.<br/>                 - Acrescentar questões de acordo com relato do participante, referentes à dor, valores, crenças.</p> |
|                        | <p>- Conhecer como percebem o seu papel e o das enfermeiras no decorrer do procedimento;</p> <p>- Identificar intervenções terapêuticas de enfermagem no decorrer da interacção;</p> | <p>- Na interacção é fundamental perceber o que os actores percebem, relativamente ao seu comportamento e relativamente ao comportamento do outro.</p> | <p>- Qual acha ser o seu papel enquanto o seu filho é submetido a um procedimento doloroso? E o papel da enfermeira?</p> <p>- Que acções da enfermeira foram importantes para si e para o (a) seu (sua) filho (a)? O que ajudou?</p>   | <p>- Acrescentar questões pertinentes e aceitar relato de qualquer relação com as enfermeiras.</p>   |
| <b>Conclusão</b>       | <p>- Compreender necessidade do participante acrescentar algum dado que considere pertinente;</p>  | <p>- Conseguir informação adicional do participante para a investigação de forma espontânea;</p>   | <p>- Em relação ao que conversamos, quer dizer mais alguma coisa que considere importante?</p>   | <p>- Avaliar motivação do participante para manter comunicação.</p>  |

- Agradecimento e reforço da importância da sua participação;
- Oportunidade de ouvir a entrevista gravada de forma a que os dados sejam validados;
- Demonstração de disponibilidade para posterior contacto comigo se necessitar de algum esclarecimento sobre o decorrer do trabalho de investigação.
- Salvaguarda dos aspectos éticos e garantia da confidencialidade e anonimato dos dados.
- Demonstração de gratidão.

APÊNDICE IV: Guião de entrevista semi-estruturada às enfermeiras

---

### Guião de entrevista semi-estruturada às enfermeiras

**Objectivo geral:** compreender como lidam mães e enfermeiras com os procedimentos de enfermagem dolorosos a lactentes e crianças até aos dois anos

|                 | Objectivos  | Justificação  | Questões  | Observações  |
|-----------------|---|---|---|--|
| Introdução      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relembrar o tipo de estudo e sua finalidade;</li> <li>- Garantir a confidencialidade dos dados, pedindo novamente autorização para gravar a entrevista;</li> <li>- Elucidar sobre a estrutura da entrevista</li> <li>- Assegurar a livre participação após esclarecimento completo;</li> </ul> |   |   |  |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os modelos de enfermagem pelos quais as enfermeiras assentam a sua prática.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A enfermeira na interacção é influenciada pelos modelos profissionais que adopta para orientar a sua prática.</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que é para si cuidar em enfermagem pediátrica?</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante.</li> <li>- Emitir sinais verbais e não verbais de compreensão e escuta activa.</li> <li>- Relembrar que não se pretende fazer juízos e avaliações do seu trabalho;</li> </ul> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p>- Identificar que significados as enfermeiras atribuem aos seus comportamentos durante o procedimento doloroso.</p> <p>- Conhecer que sentimentos experienciam quando executam procedimentos dolorosos.</p> | <p>- A interacção é construída com base nos significados que os actores atribuem à situação que experienciam.</p> <p>- Emoções como fonte das acções.</p> | <p>2. Descreva-me como costuma proceder quando executa um procedimento doloroso a um lactente/criança (dos 0 aos 2 anos)?</p> <p>Questões seguintes para clarificar, se necessário:</p> <p>2.1. O que sente quando executa um procedimento doloroso?</p> <p>2.2. Questões dependentes dos comportamentos observados durante a interacção, por exemplo:</p> <p>◊ Notei que antes de punçionarem, por exemplo, observam vários locais diferentes. Porque o fazem?</p> <p>◊ Reparei que, quando executam um procedimento doloroso a um lactente questionam a mãe se pretende assistir. Qual a vossa intenção?</p> <p>◊ Normalmente explicam, informam sobre o procedimento. Porquê?</p> <p>◊ Notei que vão comentando em tom de voz audível sobre o seguimento do procedimento. Qual a vossa intenção?</p> <p>2.3. <i>Recorde uma experiência relacionada com o tema deste trabalho em que achou que, como enfermeira, desenvolveu intervenções terapêuticas que facilitaram o processo de interacção.</i></p> <p>2.4. - <i>Como organizam a execução do procedimento? Antes, durante e após? Porque utilizam uma sala própria para executarem esses procedimentos dolorosos?</i></p> | <p>- Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante.</p> <p>- Estas questões são estruturadas após transcrição dos dados da observação e podem ser diferentes para cada enfermeira.</p> |
|--|---|--|---|

|                        |   |   |  |   |
|------------------------|---|---|--|---|
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar que significados as enfermeiras atribuem aos comportamentos das mães durante o procedimento doloroso.</li> </ul>   |   | <p>3. Recorde a sua experiência quando executa um procedimento doloroso a uma criança até aos 2 anos. As mães comportam-se de determinadas formas. Qual acha ser o significado desses comportamentos?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acrescentar questões do ponto de vista cultural, significados da dor, sofrimento, valores, crenças.</li> </ul> |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer como percebem o seu papel e o das mães no decorrer do procedimento;</li> <li>- Compreender que acções são modificadas pelas enfermeiras, decorrente dos comportamentos evidenciados pela mãe durante a interacção.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuir para a construção de conceitos inerentes ao processo de interacção enfermeira - mãe da criança hospitalizada;</li> <li>- Na interacção existe influência (os comportamentos ou as cognições de um são modificados em função da presença ou acção do outro)</li> </ul> | <p>4. Qual acha ser o seu papel durante o procedimento? Que papel deve a mãe assumir? Acontece sempre? Porquê?</p> <p>5. Alguns comportamentos evidenciados pela mãe ou pela criança condicionam de alguma forma a vossa prática? Quais? Que decisões tomam?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acrescentar questões pertinentes decorrentes do relato da participante.</li> </ul>                             |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender necessidade do participante acrescentar algum dado que considere pertinente;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguir informação adicional do participante para a investigação de forma espontânea;</li> </ul>   | <p>6. Em relação ao que conversamos, quer dizer mais alguma coisa que considere importante?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar motivação do participante para manter comunicação.</li> </ul>  |

- Agradecimento e reforço da importância da sua participação;
- Oportunidade de ouvir a entrevista gravada para que os dados sejam validados;
- Demonstração de disponibilidade para posterior contacto comigo se necessitar de algum esclarecimento sobre o decorrer do trabalho de investigação.
- Salvaguarda dos aspectos éticos e garantia da confidencialidade e anonimato dos dados.
- Demonstração de gratidão.

APÊNDICE V: Ficha de registo das observações

---

**Observação nº:**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>Familiar acompanhante</b><br/>                 Sexo: _____<br/>                 Grau de parentesco: _____<br/>                 Idade: _____<br/>                 Estado civil: _____<br/>                 Escolaridade: _____<br/>                 Profissão: _____<br/>                 Nº de filhos: _____<br/>                 Local de residência (meio rural ou urbano): _____<br/>                 Tempo de permanência: _____<br/>                 Contacto anterior com o contexto (sim ou não): _____</p> | <p><b>Enfermeira</b><br/>                 Tempo de serviço profissional: _____<br/>                 Tempo de serviço em pediatria: _____<br/>                 Idade: _____</p> | <p><b>Dia:</b> _____<br/> <b>Hora:</b> _____<br/> <b>Turno:</b> _____<br/>                 Duração da observação: _____</p> |
| <p><b>Criança</b>                      <b>Estado emocional:</b> _____<br/>                 Idade: _____<br/>                 Internamentos anteriores: _____ Situação aguda ou crónica: _____<br/>                 Diagnóstico: _____ Tempo de internamento: _____</p>   |  |   |
| <p><b>Procedimento:</b><br/>                 Contexto da realização (se urgente ou não, pessoas envolvidas):<br/>                 _____<br/>                 _____<br/>                 Nº de tentativas: _____<br/>                 Local de realização: _____</p>  |  |   |
| <p><b>Notas de campo (NC)</b></p>  |  |   |
|  |  |   |
| <p>Memorando</p>   |  |   |
| <p>Síntese:</p>  |  |   |
| <p>Algumas questões pertinentes:</p>   |  |   |
| <p>Reflexões que orientarão o trabalho de campo seguinte</p>   |  |   |

APÊNDICE VI: Exemplo de registo de observação

---

## REGISTO DE OBSERVAÇÃO

Nota de campo nº x

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Familiar acompanhante</b><br><b>Sexo:</b><br><b>Grau de parentesco:</b><br><b>Idade:</b><br><b>Estado civil:</b><br><b>Escolaridade:</b><br><b>Profissão:</b><br><b>Nº de filhos:</b><br><b>Local de residência (meio rural ou urbano):</b><br><b>Tempo de permanência:</b><br><b>Contacto anterior com o contexto:</b>        | <b>Enfermeira</b><br><b>Tempo de serviço profissional:</b><br>X-<br>Y-<br><b>Tempo de serviço em pediatria:</b><br>X-<br>Y-<br><b>Idade:</b><br>X-<br>Y- | <b>Dia: 02/09/07</b><br><b>(Domingo)</b><br><b>Hora: 20.30</b><br><b>Turno: T</b><br><b>Duração da observação:</b><br>30 min com interrupções |
| <b>Criança</b><br><b>Estado emocional:</b> Um pouco chorosa no momento da punção<br><b>Idade:</b><br><b>Internamentos anteriores:</b><br><b>Situação aguda ou crónica:</b> Aguda<br><b>Diagnóstico:</b><br><b>Tempo de internamento:</b> dia de admissão  |  |   |
| <b>Procedimento:</b> Punção venosa para cateter heparinizado periférico<br><b>Contexto da realização (se urgente ou não, pessoas envolvidas):</b> criança puncionada para cirurgia no dia seguinte (mãe, criança, enfermeira X e investigadora).<br><b>Nº de tentativas:</b> 1<br><b>Local de realização:</b> Sala de tratamentos |  |   |

**Descrição da situação:**

A criança chegou com os seus pais pelas 20H e após a admissão a enfermeira X<sup>9</sup> encaminhou-os para a sala de tratamentos e aplicou EMLA em dois locais distintos; explicou aos pais que ía aplicar a pomada para minimizar a dor da criança mas que não garantia o seu sucesso pois podia não ser eficaz, pela reacção da criança, por medo da agulha, poderia provocar choro de igual modo. Após encaminhou-os para o quarto. Pelas 20 e 30h dirigi-me ao quarto da criança, apresentei-me e expliquei os objectivos do meu trabalho. Os pais estavam sentados no cadeirão a conversar. Questionei se a criança já tinha estado internada, com que idade e se tinha irmãos. A mãe respondeu: “já esteve internado com 6 meses e um ano e meio”. E eu questionei: então, já assistiu a outras punções venosas? A mãe disse que sim, acenando com a cabeça. Quando questionei se tinha outros filhos disse-me que aquele era o único filho. Deixei-os por um momento (dirigi-me à sala de processos onde a enfermeira Y se encontrava a escrever e sentei-me). Passado algum tempo observo a mãe e a criança a passear no corredor. A enfermeira X entra na sala de processos e diz à enfermeira Y: “temos de ir puncionar aquela criança pois a mãe já está no corredor”. Não obtive resposta da enfermeira Y que se encontrava muito concentrada a redigir nos processos, e sentou-se a escrever também. Entretanto saí da sala e dirigi-me para o quarto da criança onde a mãe já se encontrava com o filho, em pé a observar as suas brincadeiras (o pai da criança já não se encontrava no serviço). Aproveitei que a Sr<sup>a</sup> estava sozinha e iniciei um diálogo com ela:

<sup>9</sup> Com o X e Y é nossa intenção ocultar a identidade das enfermeiras que, pela situação, poderiam ser identificadas pelas colegas da equipa;

Inv- Então, hoje o .... Não tem sono. Vai ser difícil adormecer.

Mãe- pois é, é um sítio diferente. Em casa ele adormecia pelas nove e trinta.

Inv- E acorda a que horas?

Mãe- pelas seis e meia, sete.

Inv- Tão cedo?

Mãe- pois é. Acorda sempre a essa hora. Mesmo quando estive de férias e tentei fazer serão com ele, acordava sempre à mesma hora.

Inv- Mas falta só ser puncionado para depois se deitar.

Mãe- não sei se depois disso ele vai adormecer cedo e as picadas custa ver, também para mim.

Inv- Custa-lhe muito ver as picadas? (utilizei uma linguagem mais de acordo com a mãe)

Mãe- Custa sempre mas pior, pior... foi aos 6 meses.

Inv- Porque ele era bebé?

Mãe- Sim.

Inv- Hum Hum.(escuta activa; não disse mais nada para deixar a mãe falar).

Mãe- e quando ele fez um exame à bexiga e teve que pôr um tubo para urinar, com um ano e meio isso é que custou muito até tive que sair e pedir ao meu marido para entrar.

Inv- Foi algaliado então? (reformulei para obter mais desenvolvimento sobre o assunto), mas de repente, fomos interrompidas pela enfermeira X que disse: “vamos?” E encaminhou-os para a sala de tratamentos. No caminho, entre o quarto e a sala de tratamentos a enfermeira X interage com a criança, chamando a atenção para os chinelos da criança que são semelhantes aos seus e diz: “ olha, tens uns chinelos iguais aos meus, mas os meus têm bonequinhos e aponta para os mesmos. A criança olha e sorri. A mãe também sorri.

Chegam à sala de tratamentos a mãe senta a criança na marquesa e interage com a criança, chamando a atenção para os bonecos do mobile que está colocado no tecto por cima da marquesa. A enfermeira X retira os adesivos (anteriormente colocados com EMLA) e limpa a pomada com uma compressa mas sempre interagindo com a criança e diz: “tens uns calções verdes” e eu disse: “és do Sporting?” A mãe diz que não e a enfermeira X continua: então és do porto. A mãe diz novamente que não. A enfermeira X diz: “então só podes ser do Benfica!” A mãe diz que sim (acena com a cabeça como sinal afirmativo).

A enfermeira X entretanto começa a cortar o adesivo, e pega no abocath. Nesse momento, a mãe suspira e a sua expressão facial muda: assume uma expressão mais séria e diz: “ olha para mim” (e desvia a face do filho no sentido da sua.). A enfermeira X punciona. A criança chora. A mãe diz: “já está” e senta o menino, em conjunto com a enfermeira. Entretanto, a enfermeira solicita a minha participação pedindo que vá buscar o soro heparinizado que tinha deixado preparado na outra sala. Saiu da sala. Quando regresso, a criança já não chora e a enfermeira mantém um diálogo com esta e canta: SLB, SLB, glorioso... e brinca: “quando o teu pai cantar a música do Benfica vais lembrar-te da picada” e em tom baixo diz para mim: “o que fui fazer”. A mãe sorri. Quando a enfermeira termina de colocar os adesivos, a mãe pega na criança ao colo e dirige-se para o quarto, colocando o filho de imediato na cama e diz: “vamos para a cama?”. Entretanto acompanhei-a até ao quarto e retirei-me para deixar a mãe adormecer o filho, por

respeito à vontade da mãe.

Dirigi-me à sala de trabalho e perguntei à enfermeira:

Inv – Qual o objectivo da brincadeira?

Enf X – Para minimizar os efeitos do procedimento e para ganhar empatia e confiança da criança pois é importante para minimizar os efeitos da dor que o procedimento possa causar.

Inv – Porque acha que o menino reagiu relativamente bem (apenas chorou por alguns segundos)?

Enf X – Porque fez EMLA e é uma criança bem-disposta. Esteve sempre bem-disposto desde a admissão.

Inv – Que influência acha que a mãe teve?

Enf X – A mãe estava calma condicionou o comportamento do filho. Estou a lembrar-me de uma situação...

Inv- Fale...

Enf X – se a mãe não confia a criança também não e tem uma reacção muito pior. Por isso digo, se a mãe estiver calma e confiar nos enfermeiros a criança também confiará.

#### **Síntese:**

##### **Mãe:**

- A mãe refere contacto anterior com o contexto e recorda experiências negativas referindo que lhe custou mais assistir às punções e algaliação quando a criança era bebé (“já estive internado com 6 meses e um ano e meio”; e quando ele fez um exame à bexiga e teve que pôr um tubo para urinar, com um ano e meio isso é que custou muito...)

- Mãe foge da situação dolorosa anterior (até tive que sair e pedir ao meu marido para entrar);

##### **Contexto da interacção**

##### **Mãe**

- A mãe conforta a criança antes do procedimento tentando distraí-la (senta a criança na marquesa e interage com ela, chamando a atenção para os bonecos do mobile colocado no tecto por cima da marquesa).

- Mudança de expressão facial condicionada pela utilização de instrumento pela enfermeira (abocath). (A enfermeira X entretanto começa a cortar o adesivo, e pega no abocath. Nesse momento, a mãe suspira e a sua expressão facial muda: assume uma expressão mais séria.), e tenta distrair o filho e desviar a sua atenção (“olha para mim” (e desvia a face do filho no sentido da sua.))

##### **Enfermeira:**

- Antes do procedimento a enfermeira toma a decisão de aplicar EMLA mas não garante aos pais a sua eficácia, o que estaria condicionado pela reacção da criança (aplicou EMLA em dois locais distintos e explicou aos pais que ía aplicar a pomada para minimizar a dor da criança mas que não garantia o seu sucesso pois podia não ser eficaz, pela reacção da criança, por medo da agulha, poderia provocar choro de igual modo).

- A enfermeira interagiu com a criança em tom de brincadeira antes do procedimento, utilizando a distração (a enfermeira X interage com a criança, chamando a atenção para os chinelos da

criança que são semelhantes aos seus e diz: “ olha tens uns chinelos iguais aos meus, mas os meus têm bonequinhos e aponta para os mesmos).

- E enfermeira faz rir a criança e conseqüentemente a mãe (A criança olha e sorri. A mãe também sorri).

- A enfermeira canta após a punção (enfermeira X mantém um diálogo com a criança e canta: SLB, SLB, glorioso...), para minimizar os efeitos do procedimento e estabelecer empatia e confiança com a criança (Para minimizar os efeitos do procedimento e para ganhar empatia e confiança da criança)

- A enfermeira associa a reacção da criança ao facto de ter sido aplicado anestésico, à personalidade desta e à reacção da mãe. (fez EMLA e é uma criança bem-disposta. Esteve sempre bem-disposto desde a admissão; A mãe estava calma condicionou o comportamento do filho)

#### **Experiências anteriores da enfermeira**

- A enfermeira recorda uma situação afirmando que as reacções das crianças são condicionadas pelas reacções das mães. (se a mãe não confia a criança também não e tem uma reacção muito pior. Por isso digo, se a mãe estiver calma e confiar nos enfermeiros a criança também confiará).

#### **Contexto de trabalho das enfermeiras**

- A enfermeira X associa o comportamento da mãe ao passear no corredor com a necessidade de ir punccionar a criança e partilha com a colega (“temos de ir punccionar aquela criança pois a mãe já está no corredor”).

#### **Algumas questões pertinentes:**

- Será que a experiência anterior e contacto anterior com o contexto hospitalar contribuíram para uma melhor reacção por parte da mãe?

- Será que a aplicação de EMLA (decisão tomada pela enfermeira) contribuiu para uma melhor reacção da criança?

- Será que a atitude da enfermeira com a brincadeira, condicionou tanto a calma da mãe como a da criança durante o procedimento, e logo o sucesso da acção?

#### **Pequenas reflexões que orientarão o trabalho de campo seguinte:**

- Qual a relação entre o tempo de experiência profissional e o facto de a enfermeira brincar com a criança? Noto que a enfermeira X, comparativamente às enfermeiras com menor tempo de serviço em pediatria, assumiu uma postura já de perita, isto é, para além de ter executado o procedimento, com rigor técnico, manteve sempre um discurso verbal com a criança e tem presente que a brincadeira é uma forma de minimizar a ansiedade e dor que o procedimento pode provocar na criança e conseqüentemente na mãe.

- Os jogos, bem como as brincadeiras, constituem elementos aglutinadores na medida em que são processos de aproximação. (Lima, Martinez e Filho, 1980)

- Uma canção pode ser considerada um traço cultural (Lima, Martinez e Filho, 1980).

- Mãe e enfermeira interagem com a criança durante o procedimento (criança como foco da interacção).