

*UNIVERSIDADE DO PORTO*  
*INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR*

# *CUIDAR:*

*A Prática dos Enfermeiros que  
Trabalham numa Sala de Partos*

*Maria Clarinda de Almeida Fernandes*

*Porto, 2004*

UNIVERSIDADE DO PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

# *CUIDAR:*

*A Prática dos Enfermeiros que  
Trabalham numa Sala de Partos*

*Dissertação apresentada para obtenção do Grau  
de Mestre em Ciências de Enfermagem, sob  
orientação da Enfermeira, Doutora em Psicologia  
Social e das Organizações, Marta Lima Basto*

*Maria Clarinda de Almeida Fernandes*

*Porto, 2004*

---

*Ao meu marido e aos meus filhos  
que me acompanharam neste  
caminho*

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Enfermeira, Doutora em Psicologia Social e das Organizações Marta Lima Basto, pela pertinência das suas observações, pelas suas sugestões, mas também pela sua disponibilidade e pela ajuda na construção deste meu percurso de vida.

Aos meus colegas enfermeiros do serviço e enf.<sup>a</sup> chefe, pelo apoio e força que me deram, pela colaboração e disponibilidade em participar no estudo.

---

---

## RESUMO:

A investigação realizada, centra-se nos processos e fenómenos de enfermagem, procurando explorar a riqueza e a diversidade da experiência humana, dando visibilidade à prática de cuidados, que é tão rica em conhecimentos científicos e relacionais. A pergunta de partida é: ***Como dar visibilidade aos cuidados de enfermagem?*** Essa visibilidade passa pela clarificação da prática de cuidados, onde são efectuadas, uma imensidão de coisas, *pequenas coisas*. Surge assim a questão de investigação: ***O que são as “pequenas coisas” na prática diária dos enfermeiros que trabalham numa sala de partos?***

Partimos de uma concepção construtivista, como processo de construção de conhecimento. A opção metodológica recaiu sobre o método qualitativo, centrando-se no modo como os seres humanos interpretam e atribuem sentido à realidade subjectiva. Para a colheita e tratamento de dados recorreremos a Grounded Theory, proposta por Glaser & Strauss. Procuramos explorar os processos sociais básicos, ou seja, a conduta social e o significado da interacção social num dado contexto, recorrendo ao interaccionismo simbólico. A selecção do campo empírico de análise foi o contexto hospitalar – maternidade, restringindo o campo à Sala de Partos e a enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica. Recorreremos à entrevista e documentação escrita como fonte de colecta de dados.

Da análise das descrições dos enfermeiros emergiram as seguintes categorias: Executar, Observar, Informar, Acolher, Promover a Relação Precoce, Possibilitar, Mostrar Afecto, Confortar, Estar Disponível, Estar Solidário e Ter Simplicidade. As mesmas correspondem, às categorias que emergiram de um estudo subordinado ao mesmo tema e realizado no mesmo serviço, mas na perspectiva das utentes.

---

---

## **ABSTRACT:**

The research carried out, is based on the nursing proceedings and phenomenon, trying to explore the richness and the diversity of the human experience, showing a care, that is very rich in scientific and relational knowledge. The question is: **How to give visibility to nursing care?** This visibility is shown by showing the type of care, where it is given, a multitude of things, small things. This is the research topic: **What are the “small things” in the daily healthcare given by nurses in a delivery room?**

We begin with a constructivist perception, as the process for building knowledge. The methodological option chosen was the qualitative method, based on how human beings interpret and make sense of the subjective reality. For the collection and management of data we used the Grounded Theory, proposed by Glaser & Strauss. We aimed to explore the basic social procedure, that is, the social behaviour and meaning of the social interaction in a given context, based on the symbolic interaction. The selection of the empirical field of analysis was the hospital context – maternity ward, restricting this field to the labour room and to nursing staff specialist in maternal and obstetrical healthcare. We used interviews and used written documents as the source for data collection.

After analysing the nurses reports the following categories emerged: Execute, Observe, Inform, Accept, Promote an Early Relationship, Allow, Show Affection, Comfort, Be Available, Have Compassion and Be Approachable. These also correspond to the categories that resulted from a study on the same topic carried out in the same department, but from a user perspective.

---

---

## **SIGLAS**

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido

SP – Sala de Partos

TP – Trabalho de Parto

---

---

## ÍNDICE

	<b>Fls.</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
 <b>CAPÍTULO I</b>	
<b>QUADRO CONCEPTUAL .....</b>	<b>16</b>
1 – PRÁTICA DE CUIDADOS .....	17
2 – CUIDAR UM CONCEITO EMERGENTE .....	20
3 – ÉTICA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	28
 <b>CAPÍTULO II</b>	
<b>PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>34</b>
 <b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MÉTODO .....</b>	<b>40</b>
1 – MÉTODO DE ESTUDO .....	43
2 – SUJEITOS E CONTEXTO .....	46
3 – CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO .....	49

---



---

	<b>Fis.</b>
4 – PAPEL DO INVESTIGADOR .....	51
5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	54
6 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	58
7 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	60

#### **CAPÍTULO IV**

<b>ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>121</b>

#### **ANEXOS**

Anexo I – Autorização para o estudo

Anexo II – Guião da entrevista

Anexo III – Quadro das categorias

Anexo IV – Uma entrevista

---

---

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Fls.</b>
<b>Quadro n.º 1 – Categoria Executar .....</b>	<b>65</b>
<b>Quadro n.º 2 – Categoria Observar .....</b>	<b>70</b>
<b>Quadro n.º 3 – Categoria Informar .....</b>	<b>74</b>
<b>Quadro n.º 4 – Categoria Promover a Relação Precoce .....</b>	<b>82</b>
<b>Quadro n.º 5 – Categoria Acolher .....</b>	<b>84</b>
<b>Quadro n.º 6 – Categoria Possibilitar .....</b>	<b>87</b>
<b>Quadro n.º 7 – Categoria Mostrar Afecto .....</b>	<b>89</b>
<b>Quadro n.º 8 – Categoria Confortar .....</b>	<b>94</b>
<b>Quadro n.º 9 – Categoria Estar Disponível .....</b>	<b>97</b>
<b>Quadro n.º 10 – Categoria Estar Solidário .....</b>	<b>102</b>
<b>Quadro n.º 11 – Categoria Ter Simplicidade .....</b>	<b>107</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura n.º 1 – Categorias Emergentes do Estudo.....</b>	<b>112</b>
<b>Figura n.º 2 – Acções de Enfermagem .....</b>	<b>120</b>

---

**INTRODUÇÃO**

Desde que surgiu a vida que existem cuidados, porque sempre existiu a necessidade de cuidar do ser humano, o que torna esta uma das mais velhas experiências da terra, a enfermagem é então uma profissão que surge com a própria vida. O homem e a sociedade tem passado por momentos de profundas transformações, mas nos últimos anos temos assistido a muitos e grandes avanços, não só a nível de descobertas científicas e dos avanços tecnológicos verificados, mas também da própria forma de estar e viver em sociedade e os seus valores.

A enfermagem como profissão com pressupostos éticos-morais, não ficou alheia a essas mudanças, tem vindo a sofrer alterações no seu significado e na sua estrutura, principalmente desde o início do século XX. Isso ficou a dever-se principalmente, ao conjunto de alterações no contexto do desenvolvimento das ciências médicas e das próprias mudanças sócio-demográficas e económicas.

A prestação de cuidados, não teve início apenas quando surgiu a enfermagem como profissão, a história revela que em tempos remotos, eram os membros da família ou pessoal doméstico, que cuidavam das pessoas doentes (Piscarreta 2000). Nightingale, foi impulsionadora da enfermagem profissional, até aí, a enfermagem era vista como caridade e não como profissão. É no Século XX, na década de 70, que a prática de cuidados se constitui como objecto de estudo.

As mudanças que ocorreram na estrutura e na finalidade da profissão da enfermagem, resultam num modelo contemporâneo que realça o conceito do cuidar. Como nos refere Swanson (1991), o cuidar tem sido reconhecido como ponto fulcral da enfermagem, que é desenvolvido através do suporte, protecção e dignidade da pessoa. No exercício das suas funções, o enfermeiro tem em linha de conta os objectivos da própria enfermagem, pelo que na sua prática deverá adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses do utente (\*).

No seio da profissão da enfermagem, emergem com frequência preocupações a que os enfermeiros (\*\*\*) atribuem grande importância, como: os valores que orientam a sua prática de cuidados, de gestão e de formação e a forma como estes se reflectem no seu quotidiano de trabalho, ao nível da sua tomada de decisão perante os dilemas éticos (Ribeiro 1998).

Para Watson (2002), a enfermagem, submergiu as suas heranças do científico e do artístico, na sua procura científica. Nessa procura, a enfermagem remete-se para a investigação. Como refere Collière (1989), a investigação em enfermagem tem de centrar-se ao nível do cuidar, que permita ter conhecimento das necessidades fundamentais da pessoa a quem presta cuidados. Também Hesbeen (2000:75), nos refere que *Antes de trabalhar pelo reconhecimento das enfermeiras e dos enfermeiros há que trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem*, é necessário pensar a profissão a partir da prática quotidiana, cuja riqueza e utilidade social são tão pouco conhecidas. Ainda, Marçal (1998), alerta para a complexidade dos cuidados de enfermagem, a pouca visibilidade de alguns dos seus elementos, sugerindo a criação de estratégias para a construção de um corpo de conhecimentos, assente na investigação sobre as práticas clínicas dos enfermeiros, de modo a clarificar e desenvolver as mesmas.

Como nos refere Buresh & Gordon (2004), as enfermeiras muitas vezes fazem o seu trabalho, sem pensar nos conhecimentos e na experiência que nele estão envolvidos. Mas é necessário que os enfermeiros examinem o seu trabalho de tempos a tempos, com objectividade. É importante que os enfermeiros tenham disponibilidade para falar do seu trabalho e explicar o

---

(\*) Neste trabalho será utilizada a palavra utente para designar o alvo ou o beneficiário dos cuidados de enfermagem, isto é: a pessoa que recebe cuidados. Na literatura consultada aparece também o termo parturiente, doente, cliente, pessoa, mulher, mas decidimos usar utente por nos parecer mais apropriado para designar a pessoa saudável ou doente receptora de cuidados

(\*\*) A palavra enfermeiro(s) inclui enfermeira(s). Embora a Enfermagem seja uma profissão predominantemente feminina, optámos pelo género masculino, que na língua Portuguesa, designa a pessoa que exerce a profissão independentemente do sexo a que pertence.

seu valor e contribuições para os próprios cuidados de saúde. Assim é fundamental tentar desmistificar os cuidados de enfermagem, para poder identificar a sua natureza e distingui-los dos cuidados médicos, determinando a sua complementaridade (Collière, 1989).

Druet (1997) refere que é primordial *reencontrar a humanidade através de uma comprovada competência profissional, é estabelecer como princípio que o seu trabalho faz parte integrante da sua vida e que é essencial humanizar, na mais pura acepção do termo, a relação enfermeiro - doente* (in Hesbeen, 2001:72). Assim, é importante neste momento que a enfermagem adquira uma perspectiva, que não se separe das suas principais ideias, intuições e de relevância da sua estatística, ética, ciência e prática (Watson, 2002).

É então, necessário reflectirmos sobre o significado que os enfermeiros atribuem aos cuidados de enfermagem, pois a investigação em enfermagem permite *melhorar a prática dos seus membros, de modo a que os serviços oferecidos aos seus clientes tenham maior eficácia* (Polit & Hungler, 1995:3).

Pretendemos realizar um estudo de investigação inserido no paradigma construtivista (Schwardt, 1994), tendo por objecto de análise o discurso das enfermeiras sobre os cuidados de enfermagem. Ao tentarmos apreender e compreender a natureza e as diversas formas de revelação do significado atribuído aos cuidados de enfermagem nos discursos, atingiremos o ponto fulcral que suscitou a realização do nosso estudo.

No sentido de conhecer o referido significado, desenvolvemos uma investigação qualitativa, que privilegia fundamentalmente a interpretação dos comportamentos, a partir das perspectivas dos sujeitos da acção (Bogdan & Biklen, 1994). Recorrendo à Grounded Theory uma abordagem qualitativa proposta por Glaser & Strauss, que tem como principais postulados, que a colheita, a codificação e análise dos dados, sejam feitos simultaneamente, levando à selecção de novos dados. Streubert & Carpenter (2002), referem-nos que o método de comparação constante enquanto método e modo de

investigação de campo, exploram e descrevem os fenómenos de ambientes naturais, cuja finalidade é analisar de modo profundo as práticas e os comportamentos dos indivíduos. Para os mesmos autores, explora ainda os processos sociais básicos, como tal, tem por base o interaccionismo simbólico. Procurando assim, com base no interaccionismo simbólico, dar ênfase à importância do significado, para compreender a conduta social e o significado das interacções.

Das áreas da prática de enfermagem, optamos pelo meio hospitalar - maternidade, em virtude da nossa vivência profissional crescer e desenvolver-se nesse contexto e contribuir para a compreensão do significado que os enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica atribuem aos cuidados de enfermagem, tendo sempre como objectivo desenvolver uma prática reflexiva que defina e guie a prática de cuidados, esta é uma das nossas preocupações. Surge a necessidade de reconstruir o saber em função de cada prática concreta (de cada processo individual), as aquisições só tomam sentido à posteriori (Nóvoa, 1988).

A tudo isto, acrescentamos o facto de o tema da dissertação constituir desde o primeiro momento, um desafio interior constante, uma renovação de conhecimentos e capacidades na prática de investigação, permitindo um outro olhar e uma maior solidez no desempenho do papel que nos foi atribuído desde o primeiro momento que assumimos a profissão de enfermeira. Desde aí estamos conscientes de que o papel do enfermeiro constitui por si só uma prática inovadora. Ainda que por vezes se verifique uma postura tradicional na profissão de enfermagem, não podemos deixar de pensar que reflectir sobre a complexidade dos cuidados de enfermagem, constitui um marco determinante para a visibilidade da própria profissão.

A narração do estudo pretende reflectir o resultado das diferentes etapas do processo de investigação, pelo que se encontra dividido em três capítulos. Abordamos no primeiro capítulo o quadro conceptual, fazendo uma breve referência à evolução da prática de cuidados, aos cuidados inerentes à

enfermagem segundo vários autores, assim como uma reflexão ética dos cuidados.

A problemática do estudo é descrita no segundo capítulo, fazendo uma reflexão das nossas inquietações e preocupações no início do estudo.

No terceiro capítulo descrevemos os procedimentos metodológicos, as estratégias de análise, a interpretação dos dados obtidos, o papel do investigador, assim como as limitações do estudo.

No quarto e último capítulo procedemos à apresentação da análise e interpretação dos dados obtidos nesta investigação, assim como à integração de outras quer a nível nacional, quer noutras nacionalidades, tentando encontrar algumas justificações para a forma como se desenvolvem os cuidados de enfermagem.



**CAPÍTULO I**

**QUADRO CONCEPTUAL**

*Cuidar é uma arte. é a arte [...] daquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.*

Hesbeen (2001:37)

## 1 – PRÁTICA DE CUIDADOS

Os seres vivos desde sempre necessitaram de cuidados, foram a partir dessas necessidades que a prática de cuidados tomou a sua real importância. A necessidade de cuidados surge com o nascimento, desenvolvimento e vai até à morte. O parto, o nascimento como acto biológico e social é tão antigo quanto o homem e reflecte um momento importante da vida humana, onde o cuidar é um imperativo de existência.

A forma de cuidar, tem sofrido várias modificações ao longo do tempo, variando consoante os contextos económicos, político e social, entre outros. Mas não se pode falar em evolução do cuidar, sem fazer uma referência à mulher e seus contributos para a mesma e ainda a história das práticas de cuidados para chegar à prática de enfermagem e aos actuais cuidados de enfermagem (Collière 1989). Também durante séculos a gravidez e o parto foram actos médicos reservados às mulheres (Mendes, 1991). As mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres, habitualmente parteiras escolhidas ou eleitas pela comunidade e que transmitiam o seu saber de geração em geração (Barbaut, 1990), nesse período não era permitida a presença do marido, sendo muitas vezes mesmo rejeitado (Mendes, 1991).

Todo o processo das práticas de cuidados evoluem em simultâneo com a sociedade e o papel social da mulher, mas até ao aparecimento de Florence Nightingale, as práticas profissionais assentavam em valores morais e religiosos, é a partir daí que surge um saber que resulta do conhecimento.

Com o desenvolvimento desses conhecimentos surge um novo modelo, o de auxiliar do médico, desempenhado assim, tarefas delegadas por este.

Durante muito tempo o enfermeiro desempenhou esse papel auxiliar do médico, como sublinha Collière (1989:85), *O enfermeiro desenvolve uma prática de cuidados inteiramente tributária de práticas médicas, cujo exercício facilita consideravelmente. Deste modo o enfermeiro procura uma valorização pessoal descurando o principal que devia ser o “ser humano” que se encontra dependente dos cuidados.*

O processo de profissionalização dos enfermeiros surgiu após estes adoptarem o modelo bio-médico, isso veio a influenciar os cuidados de enfermagem, que passaram a ser na maior parte das situações cuidados técnicos, também o desenvolvimento de novas técnicas ajudou a uma desvalorização do cuidar em enfermagem e a própria rentabilidade do trabalho prestado pelos profissionais de enfermagem, que exigia que tudo fosse feito com demasiada rapidez, sem haver tempo para ouvir, estar com, estabelecer uma relação com a pessoa.

A preocupação com a doença, promove a aquisição de competências técnicas em prol das competências relacionais, como refere Ribeiro (1995:26), *Os utentes são considerados em função da doença que têm, sendo essa a base para a tomada da decisão de enfermagem, que embora eficiente, privilegia as tarefas em detrimento da comunicação.*

Mas, o que deve ser privilegiado é a pessoa e a saúde. A pessoa deve ser o centro da nossa atenção, dos nossos cuidados, bem como a relação da pessoa com o que a rodeia, o ambiente. Assim chegamos à necessidade de identificar os saberes de enfermagem e a uma nova reflexão sobre cuidar. Então surge a necessidade de revalorizar as relações entre quem presta e quem recebe os cuidados, isso cria novas exigências a nível da formação dos enfermeiros, com recurso a vários modelos conceptuais de enfermagem, *todos têm em comum quer o facto de serem centrados no utente como*

*sujeito dos cuidados, uma perspectiva holística, quer na acção do enfermeiro, quer ainda, na relação entre este e o utente (Ribeiro 1995:28).*

O enfermeiro deve centrar-se na relação interpessoal com a utente, com o grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer a pessoa enfermeiro, quer a pessoa utente, possui quadros de valor, crenças e desejos de natureza individual, resultantes da sua interacção com o ambiente, que vão influenciar os cuidados.

O cuidar não se pode distanciar da evolução da própria enfermagem, contudo o cuidar, não deve nem pode ser monopólio da enfermagem, deve ser reconhecido e utilizado por todos aqueles que estão perto e necessitam de cuidados. Surgem assim algumas questões: Então o que é o cuidar? O que são cuidados de enfermagem? É nesse contexto que vamos fazer uma breve reflexão, sobre algumas concepções de cuidados de enfermagem.

## 2- “CUIDAR” UM CONCEITO EMERGENTE

À palavra “cuidar”, são atribuídas várias concepções, quer pelos enfermeiros, quer por outros profissionais de saúde, bem como pela própria pessoa que recebe cuidados. Nesta perspectiva, torna-se pertinente clarificar e reflectir sobre esse conceito, enquanto prestadores de cuidados de enfermagem e pessoa.

Como já fizemos referência anteriormente, sempre existiram cuidados, mas em contextos diferentes ao do próprio meio hospitalar, como nos refere Collière (1989:27), em que *os cuidados diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo*. Também Hesbeen (2000:9), nos diz que o cuidar tem a ver com a atenção, *O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento*. Perante estes conceitos tão latos e dispersos do cuidar, estes autores e outros tentam redefini-los e adoptá-los à área da saúde.

Parafraseando Collière (1989:235), *cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, suster a VIDA e permitir-lhe continuar a reproduzir-se*. Como refere a mesma autora, o cuidar não se pode limitar a tratar a doença, passa pela criação de um processo de cuidados de enfermagem, a partir das situações vividas pelas pessoas que precisam de cuidados e por quem os presta.

Hesbeen (2000:10), designa o cuidar como: *atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la a contribuir para o seu bem – estar e promover a saúde*. Essa atenção enquadra-se na perspectiva de ajudar a pessoa como profissional com competências. Para Leininger (1970), citado por Ribeiro (1995), *o cuidar é essencialmente fornecer “apoio, conforto, segurança e ajuda ao paciente”*.

O cuidar implica uma partilha, de um poder entre a pessoa que recebe os cuidados e o enfermeiro que os presta, isso exige o ser capaz de situar os limites da acção dos cuidados entre os quais estão os cuidados de enfermagem (Collière 1989). Os cuidados de enfermagem designam actos através dos quais se cuida, se procura conservar o corpo nas diferentes etapas da vida. Quando os cuidados se enquadram numa perspectiva de cuidar, isso revela o cuidado que se tem com a pessoa.

Nos últimos anos, os cuidados de enfermagem têm sido o centro de vários estudos e publicações e como nos refere Kérouac et al (1996), surgiu uma nova concepção de *caring* (cuidado), em que várias teóricas orientam a sua prioridade para o *caring*, com o objectivo dos enfermeiros melhorarem a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente, com dimensões diferentes do cuidar, tais como a espiritualidade (Watson 2002), o cultural (Leininger 1988), procurando desenvolver os cuidados em torno dessas dimensões. Simone Roach (1993), citado por Fernandes (1999), ao fazer uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem, refere-se aos atributos do cuidar, entre os quais: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso, que servem de base para a identificação do comportamento do cuidar. Os mesmos englobam uma série de conhecimentos, habilidades e valores, constituindo a base do cuidar profissional e da relação.

Para Watson (2002:60), *o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionada para a protecção e dignidade humana, a preservação de humanidade*. Ainda segundo a mesma autora o processo do cuidar é de homem – para – homem e numa dimensão espiritual.

A palavra cuidado, usada no singular, refere-se à atenção positiva e construtiva prestada a alguém, com a finalidade de fazer algo por esse alguém ou com ele, como refere Hesbeen (2001). E ainda para o mesmo autor ser prestador de cuidados é fundamentalmente, ter um espírito profundo e genuinamente humano, que se manifesta pela preocupação com o respeito pelo outro, e pela acção pensada e criada por uma determinada

pessoa ou grupo. É importante que os profissionais fiquem atentos à singularidade da pessoa.

Quando o cuidar tem no horizonte a saúde da pessoa, o profissional deve ter a consciência de que não existem situações de cuidados complexos ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras, nas quais o prestador de cuidados, cuida (Hesbeen 2001).

É muito complexo e difícil de definir o cuidar. Dos vários autores consultados, a concepção do cuidar é feita tendo por base uma filosofia diferente e com valores também diferentes, como nos refere Basto (1998:81), *o conceito de cuidados de enfermagem não só tem variado ao longo do tempo, como varia de grupo para grupo de enfermeiros da mesma época, pois está associada a valores diferentes.*

Ao longo dos anos em que existem cuidados de enfermagem, estes passaram por uma visão cuidativa, depois uma mais técnica. Basto (1998), no seu livro *Da Intenção de Mudar à Mudança*, explica que os sujeitos em estudo dividem o conceito de cuidados de enfermagem em duas partes: uma constituída por rotinas e outra por interacção com o doente. As rotinas eram as actividades preestabelecidas, relacionadas com a sobrevivência e o tratamento do doente, enquanto que a interacção com o doente, era a relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente.

Os valores que estão associados aos cuidados de enfermagem, diferem entre a realidade da prática e os valores identificados com as teóricas de enfermagem (Watson 2002, Hesbeen 2001, Collière 1989), em que os valores do cuidar têm uma visão holística da pessoa, enquanto na realidade da prática (a qual nós conhecemos particularmente bem), o cuidar tem mais uma perspectiva do valor biomédico, o enfermeiro executa rotinas estabelecidas por normas, as quais estão dependentes do diagnóstico feito pelo médico, há uma despersonalização da pessoa, não existe um envolvimento entre esta e o enfermeiro. O papel do enfermeiro é sobretudo a execução exacta da prescrição, em que os aspectos físicos prevalecem

sobre os aspectos individuais, o principal objectivo é a cura, o controle da doença (Pearson & Vaughan, 1992).

A visão holística a que nos referimos anteriormente é feita sobre duas premissas como nos diz Pearson & Vaughan (1992), a pessoa como um todo unificado e esse todo é mais que a soma das suas partes, o corpo não se pode isolar da mente e do espírito, tem subjacente ainda outro valor, o humanismo, que assenta no próprio valor do ser humano, dá ênfase à pessoa. É nesse valor humanista e nas competências relacionais, que devem a nosso ver, assentar os cuidados de enfermagem, sem contudo esquecer as suas competências técnicas. Poletti (1978:113), refere que, é altura dos enfermeiros ousarem apropriar-se do que na psicologia humanista ou na medicina holística, pode ser incorporado nos cuidados de enfermagem, a fim de enriquecer a gama de intervenções possíveis.

Para Watson (2002), a essência do valor do cuidar pode ser vaga, se esta não contribuir para a efectiva melhoria da qualidade dos cuidados. Para Hesbeen (2001:43), a qualidade dos cuidados, passa presentemente pelo *acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos naturais, científicos e às competências técnicas*. O enfermeiro deve, ter consciência e conhecimento das necessidades da pessoa a quem presta cuidados, efectuar acções baseadas em conhecimentos científicos e relacionais, de modo a proporcionar o bem-estar ao outro. É importante haver um compromisso moral e um desejo de cuidar.

Os cuidados devem enquadrar-se numa perspectiva de prestar ajuda à pessoa na sua situação singular, como nos refere Hesbeen (2000), aquele momento único da sua situação de vida como ser único, com a sua carga afectiva, vivências e experiências pessoais. O parto engloba tudo isso, é um momento único para a mulher e família, com uma grande carga afectiva e toda uma envolvência cultural.



O cuidar ultrapassa o simples acto, é mais que isso, é o respeito pelo outro, é o estar atento às suas necessidades, como nos diz Hesbeen (2001:23), *o desempenho dos que cuidam, sejam eles quem forem, implica uma atitude própria, a que permite caminhar com*. Para o mesmo autor isso provém em primeiro lugar, a de ir ao *encontro* e em segundo a do *acompanhamento*. Isso significa que numa perspectiva de saúde, o cuidar é ir ao encontro da pessoa para a acompanhar no restabelecimento da saúde. O cuidar não deve nem pode ter só uma perspectiva de doença, deve ser sobre tudo uma perspectiva de saúde, já que isso vai influenciar todas as atitudes e acções do enfermeiro.

Actualmente a enfermagem, considera como conceitos essenciais do metaparadigma da enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem que procuramos desenvolver neste trabalho, de forma sucinta, já que se tratam de conceitos demasiado abrangentes (Ordem dos Enfermeiros, 2001):

- A pessoa como um ser único, com um conjunto de saberes, experiências, vivências únicas, com valores e crenças que recebe do ambiente que a envolve.
- A saúde é uma representação mental, que visa o controle do sofrimento, o bem-estar físico, o conforto psicológico, emocional e espiritual.
- O ambiente é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizações sociais que estão em constante interacção com a pessoa.

São importantes estes novos conceitos, mas a relação entre os mesmos é essencial para o desenvolvimento da própria disciplina de enfermagem. Essa nova conceptualização leva ao desenvolvimento de novos saberes em enfermagem.

Como nos refere Kérouac et al (1996), a disciplina de enfermagem interessa-se pelos cuidados à pessoa, quando esta está em interacção com o

ambiente e vive experiências de saúde, sem contudo esquecer os familiares, amigos e outros profissionais de saúde.

O enfermeiro como elemento de uma equipa de profissionais de saúde, é aquele que mais tempo passa junto da pessoa, logo sem dúvida, é aquele que está mais bem colocado para identificar as suas necessidades e servir de mediador entre a pessoa e os outros profissionais de saúde. Na Sala de Partos a utente vive momentos de alguma instabilidade emocional, tendo preocupações naturais, relativamente ao desenrolar do trabalho de parto, dúvidas quanto ao filho fantasiado (Kitzinger, 1984), encontra-se fragilizada e com medo do desconhecido. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para cuidar quer da mulher, quer do seu filho que vai nascer, e por isso é este que mais tempo passa com eles.

Durante o trabalho de parto, a mulher atravessa três períodos: o primeiro período - Dilatação: começa com o início de contracções regulares e termina com a dilatação do colo; O segundo período – Expulsão: começa com a dilatação completa do colo e termina com a saída completa do feto; o terceiro período – Dequitação: começa logo após o nascimento do recém-nascido e termina com a saída da placenta (Ziegel & Cranley, 1985).

Podendo o parto, ser uma experiência única e inigualável para quem o vive, é também uma nova etapa da vida da mulher, o que a torna dependente dos vários elementos da equipa de saúde, especialmente do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica (pelo facto de permanecer 24 horas por dia junto da utente), este deve estabelecer uma relação terapêutica, um momento de cuidar. A utente deve ser vista pelo enfermeiro, como um todo e não a soma de algumas partes e ainda ter a responsabilidade de ajudar (McSweeney, 2003). Os verdadeiros cuidados de saúde são a *presença* do cuidado, mais do que a *prestação* de cuidados (Smith & Vogel, 2003).

A dor durante o trabalho de parto e parto é uma grande preocupação da utente e seus acompanhantes e da equipa que cuida dela (Ziegel & Cranley,

1985), são importantes os laços de confiança que se estabelecem entre quem presta e quem recebe cuidados. O enfermeiro assume muitas vezes o papel de advogado das utentes e o elo de ligação com outros profissionais de saúde, porque como refere Adam (1994:21), *todos os profissionais de saúde têm um objectivo comum: conservar e melhorar a saúde e o bem-estar* e ainda para o mesmo autor é importante delimitar a sua esfera de competências, isso vai implicar tornar evidente a sua contribuição na partilha de responsabilidades. Essa delimitação vai colocar em evidência a sua autonomia, mas também a sua interdependência com outros elementos da equipa.

Para a obtenção de um comportamento adequado ao cuidar, Hesbeen (2001), definiu ainda, algumas palavras importantes: a simplicidade (linguagem acessível), respeito (consideração pelo outro), subtilidade (perspicácia hábil), escuta (aceitar o outro, manter silêncio), compaixão (compreensão), laicidade (respeito pelo outro independentemente da religião), humor (humor subtil), capacidade de se indignar (coerente, empenho humano) e cuidar de si mesmo (prestar à nossa pessoa uma atenção especial). Para uma prática de cuidados reflectida e portadora de sentido, é importante ter em atenção estes termos.

Para Benner (2001), o enfermeiro deve criar o ambiente propício, tomar medidas para assegurar o conforto, estar com o doente, demonstrar confiança e tranquilidade, ter em conta a personalidade do doente, incentivá-lo a utilizar os seus próprios recursos, respeito pela sua dignidade, estar presente, ouvir sem intervir, negociar com o doente, incentivar (mostrar os resultados positivos), ensinar a aprender, toque para reconfortar, transmitir calor humano, estabelecer comunicação entre o doente e a família e os outros profissionais de saúde, ter em atenção as necessidades não só do doente, mas também da família. Proporcionar um ambiente terapêutico, procurar um momento certo para dar informações.

Neste contexto e segundo Hesbeen (2000), a pessoa do enfermeiro deve possuir a capacidade de inferência, estabelecendo uma relação rica e

baseada em confiança, criando pontos de referência tanto para a pessoa a ser cuidada, como para o enfermeiro que irá orientar a sua prática, procurando restabelecer a autonomia. Reconhecer a presença do outro, reconhecer a sua diferença, respeitar o outro, cultivar a solidariedade para com o outro, respeito pela dignidade do outro e liberdade de escolha, tudo isto tem que ter em conta o enfermeiro que trabalha na sala de partos.

Perante um tão vasto conjunto de competências, atitudes e comportamentos exigidos ao enfermeiro, surge-nos uma questão: Como deve ser a personalidade do enfermeiro?

O enfermeiro actualmente encontra-se num dilema entre dois pólos; o desejo e força de vontade de prestar cuidados de enfermagem com qualidade, de cuidar do outro em toda a sua essência e por outro lado, encontra-se perante o não reconhecimento social. Benner (2001), refere que os enfermeiros continuam a ter problemas em reconhecer o seu valor, em se afirmarem e em se envolverem.

Na sua prática de cuidados, são exigidas aos enfermeiros qualidades pessoais e qualidades profissionais:

Às qualidades pessoais, está inerente toda a sua vivência, crenças, valores e formação e ainda, o meio em que o enfermeiro se encontra inserido.

Relativamente às qualidades profissionais o enfermeiro possui conhecimentos de natureza humana, científicos e técnicos, que tem ou desenvolve com experiência profissional, desenvolve actividades no seio da equipa multidisciplinar, que executa tarefas e rotinas.

A personalidade do enfermeiro é rica, tanto em alegria como em tristeza. É um ser com qualidades e defeitos, mas que acima de tudo procura dar-se numa entrega ao outro.

### 3 – ÉTICA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Como já referimos anteriormente, do nascimento à morte o homem é um ser único/indivisível com histórias de vida, com um património pessoal que deve ser reconhecido e respeitado. Essa indivisibilidade da vida humana, confere-lhe princípios éticos de autonomia, confere-lhe o direito à informação correcta e a dar o seu consentimento informado (Grande 2001). O valor da liberdade com um conjunto de direitos e deveres assenta no princípio da autonomia.

O homem é um ser único que vive em sociedade, então surge um princípio ético - princípio da justiça – todo o homem tem direito à assistência na doença, mas também na educação para a saúde. O homem é um ser social com um sentido de humanidade que começa e termina em cada um de nós.

É a dualidade entre a ética e a deontologia que orienta os profissionais de saúde. *Na sua essência a enfermagem é uma profissão que envolve situações que encerram aspectos éticos – morais de natureza complexa* (Queirós 2001:18).

Considerar que a profissão de enfermagem tem pressupostos éticos – morais é importante, a mesma tem vindo a sofrer alterações na sua estrutura, devidas às mudanças de ciências médicas e das mudanças sócio-demográficas e económicas. Estas alterações resultam no modelo actual de enfermagem, que realça o conceito do cuidar como referimos anteriormente.

A enfermagem actual, coloca a pessoa como alvo da sua atenção, desenvolve atitudes de respeito, honestidade, lealdade, coragem, verdade, consciência e compaixão (Queirós 2001).

O enfermeiro perante a utente tem a responsabilidade ética de assumir a defesa e protecção dos seus direitos. É o enfermeiro que está mais próximo dela, ele assume assim, o papel do representante dele junto dos restantes elementos da equipa. Como refere Figueiredo (1995:20), *O enfermeiro deve*

*ter consciência dos seus imperativos morais, de advogar os direitos do doente. Desde sempre o enfermeiro teve a responsabilidade de atender e cuidar dos indivíduos quando as suas condições e recursos os impossibilitavam de tomar conta de si mesmos (Manteigas 1997:303). O enfermeiro procura que a pessoa tenha uma vida com qualidade.*

O ambiente é outro conceito que o enfermeiro tem em linha de conta na sua relação com o doente, já que este vive em sociedade. A pessoa tem direitos e deveres perante a sociedade. O enfermeiro sempre que julgue oportuno, deve promover a educação para a saúde. A prevenção e a promoção da saúde, deve orientar sempre a postura do enfermeiro perante o doente.

A saúde é um processo dinâmico e contínuo. Toda a pessoa procura atingir o estado de equilíbrio através do controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto psicológico, emocional e espiritual. Uma das grandes responsabilidades éticas do enfermeiro, é evitar correr riscos e cometer excessos, de modo a não colocar em risco esse equilíbrio.

Não se pode educar ou prestar cuidados de forma isenta, porque tanto o enfermeiro como a pessoa dos cuidados estão imbuídos de valores e crenças, isso passa pela compreensão que cada um tem da saúde, do ambiente e dos cuidados de enfermagem. *O enfermeiro quando vê a saúde como processo de vida, em que centra a sua actividade nas necessidades da pessoa, ao reconhecer e defender a consciência moral de cada ser humano, e portanto a sua autonomia, cada acto seu torna-se um acto único – acto de cuidar (Manteigas 1997:304).*

O acto de cuidar tem um suporte ético, que Mayeroff, citado por Grande (2001), faz assentar nas seguintes características:

- ◆ *Sabedoria: assente em senso comum e competência específica;*
- ◆ *Ritmos alternantes de actividade: contacto com os outros, reflexão e mudança de atitudes;*
- ◆ *Paciência: não expectativa passiva, mas participação preceptiva;*

- ◆ *Honestidade: Abertura e competição consigo própria e os outros, sem tentar enganar ninguém;*
- ◆ *Confiança: Apreciar a independência dos outros, permitindo que façam mesmo com risco;*
- ◆ *Humanidade: Constante apreender acerca dos outros;*
- ◆ *Esperança: Não apenas desejos formulados, mas realizações meritórias;*
- ◆ *Coragem: realizações com risco possível.*

O acto de cuidar engloba valores como o da vida humana e a da natureza das relações humanas e ainda o conhecimento científico e a competência. *O cuidar mais que um saber científico, uma acção técnica ou uma relação interpessoal, deve ser um imperativo moral...*, Vieira (1995:20), o enfermeiro deve procurar a defesa e a preservação da dignidade da pessoa enquanto prestador de cuidados de qualidade.

A ética em enfermagem reflecte não só sobre o que devemos fazer, mas também o que devemos ser na relação com o outro. Nessa perspectiva, as questões éticas em enfermagem surgem em todas as acções do enfermeiro. O enfermeiro deve ter a capacidade de manter uma relação empática, desenvolver uma actividade esclarecida em relação aos seus valores e atitudes e finalmente, a habilidade de se orientar segundo princípios e valores universais enquanto pessoa, éticos e deontológicos enquanto profissional de saúde, Santo (1998) e ainda para a mesma autora, a ética está ligada à dignidade do indivíduo e aos direitos da pessoa.

*No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, como nos refere a citação do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, art.º 8º. Ponto 1, do Capítulo IV de REPE (Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros).*

O enfermeiro no desenvolvimento das suas actividades, muitas vezes é colocado entre os deveres institucionais e a sua consciência individual, o que por vezes pode gerar conflito, então fazemos intervir a equidade e a sabedoria prática para corrigir ou resolver a situação, procurando manter o respeito pela dignidade da utente.

Apesar de haver o código deontológico dos profissionais de enfermagem, as directrizes emanadas do mesmo são gerais, a consciência individual é a última instância da moralidade. A enfermagem como profissão, tem de reconhecer e promover o cuidar de uma prática especializada, racional e científica, Lopes & Nunes (1995), como exigência ética de forma a desenvolver a qualidade da competência dos seus profissionais. Cada enfermeiro deve promover o seu desenvolvimento, as suas capacidades pessoais e profissionais capaz de prestar cuidados personalizados.

É fundamental o enfermeiro conciliar a actividade profissional com os direitos da utente, que está muito vulnerável numa situação de internamento, nomeadamente quando está em trabalho de parto. O parto é o culminar da gravidez, parece correcto que esse período acabe como começou num momento íntimo, respeitando os direitos da utente, mantendo a sua privacidade.

Os direitos dos utentes serão sempre o fio condutor na ética profissional dos enfermeiros, já que actualmente, a enfermagem potencializa a vertente do cuidar, considerando o utente como a figura central de todo o sistema de saúde, procurando manter a sua dignidade e integridade humanas. Neste contexto, o enfermeiro procura ainda promover os cuidados de enfermagem, estabelecendo uma relação terapêutica com a utente e acompanhantes de modo a transformar aquele momento único em algo inesquecível.

A utente a quem prestamos cuidados, antes desta sua situação era livre, autónoma. Manteigas (1997), refere-nos cinco grandes conceitos – direitos dos doentes – **Autonomia, Liberdade, Confidencialidade, Beneficência e**



**Fidelidade**, que devem orientar a conduta ético-profissional dos enfermeiros para com os doentes:

O enfermeiro deve procurar promover o seu bem-estar, também deve reconhecer, respeitar e defender a **Autonomia** das pessoas que tem ao seu cuidado. O doente tem o direito de ser ele mesmo, de ver valorizados os seus desejos.

Outro direito é o da **Liberdade**, o doente tem o direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas. O doente tem o direito a ser informado sobre a sua situação.

A **Confidencialidade** é outro direito do doente, o enfermeiro deve promover a sua privacidade, saber manter o segredo profissional que está inerente a todos os profissionais de saúde.

Outro direito é o da **Beneficência**, o doente não deve ser prejudicado, mas sim beneficiado de modo a aumentar as suas capacidades de auto-cuidado.

Manteigas (1997), refere-nos ainda outro direito, o da **Fidelidade**, em que o doente tem o direito ao cumprimento dos acordos terapêuticos realizados.

Estes grandes valores não podem conduzir à negação da autonomia do enfermeiro. Este tem formas específicas para manter a autonomia dos utentes e manter a qualidade dos cuidados. As áreas de enfermagem são demasiado abrangentes, passam por utentes com vários tipos de patologia, o que implica uma legislação muito vasta. Nomeadamente na área de Obstetrícia, o que leva a grandes implicações, como faz referência Mendes (1994), a mulher grávida é um ser especial, complexo e excepcional, porque carrega o futuro no seu ventre.

O enfermeiro sempre demonstrou grande confiança na sabedoria e sensibilidade éticas, para impregnar o agir em enfermagem, ou seja, um sentir atento na análise da própria acção e da dos outros, do que é bem ou mal, do que está certo ou errado e ainda quais as razões, as causas e a intencionalidade da acção (Ribeiro 1998).

O enfermeiro na sua prática, no seu agir, quantas vezes violou os princípios éticos? Por certo muitas vezes! Uma vez que a enfermagem situa a pessoa no centro do seu agir, da sua acção, coloca-se no centro da situação de cruzamento com implicações éticas, morais e deontológicas.

Torna-se imperioso que o enfermeiro reconheça a pessoa que recebe cuidados, como um ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, que desenvolva conhecimentos fundamentados no saber ético sólido. A prática do cuidar de forma humanizada, com uma visão holística, dedica-se à promoção do bem-estar dos doentes que estão confiados aos seus cuidados.

O enfermeiro quando cuida de alguém, tem como objectivo prestar bons cuidados, sem descurar o seu papel de advogado da utente.

**CAPÍTULO II**  
**PROBLEMÁTICA**

*A investigação profissional é uma atitude de abertura e de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática. Toda a pessoa que presta cuidados está apta a desenvolver esta atitude e a aprender a servir-se dela.*

Collière (1989:208)

Inicialmente o nosso problema, era o de simplesmente saber como começar o nosso trabalho e como nos refere Quivy & Campenhont (1998:29), *não é fácil conseguir traduzir o que vulgarmente se apresenta como um foco de interesse ou uma preocupação relativamente vaga num projecto de investigação operacional*. Outra das nossas preocupações era que o trabalho a realizar fosse inovador e trouxesse contributos para a enfermagem e, permitisse uma nova reflexão sobre as suas práticas. Como refere Collière (1989:208) *A investigação profissional é uma atitude de abertura e de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática. Toda a pessoa que presta cuidados está apta a desenvolver esta atitude e a aprender a servir-se dela.*

Como refere Moraga (1998), apesar da constante procura de teorização da prática, as enfermeiras tem ainda dificuldade em fazer valer a especificidade das suas acções. Na procura da especificidade do seu conteúdo, a enfermagem foca duas vertentes: uma relacionada com as necessidades do utente, um conhecimento e saber técnico e outra com as exigências das competências relacionais (Ribeiro 1995). Na procura dessa especificidade, a enfermagem remete-se para a investigação, mas como refere Collière (1989), a investigação em enfermagem tem de centrar-se ao nível do cuidar, que permita ter conhecimento das necessidades fundamentais da pessoa a quem presta cuidados.

O enfermeiro deve ter consciência e conhecimento das necessidades da pessoa a quem presta cuidados, efectuar acções baseadas em conhecimentos de modo a proporcionar o bem-estar à pessoa que está a ser

cuidada, deve haver um valor fundamental, um compromisso moral e um grande desejo de cuidar (Watson, 2002).

Como refere K erouac (1996), a enfermagem   uma disciplina profissional e as disciplinas com estas características, devem ter como objectivo o desenvolver de conhecimentos que definam e guiem a prática. Para o desenvolvimento desses conhecimentos, os enfermeiros que prestam cuidados tem um papel decisivo. Também Benner (2001:31), nos refere que, *sabemos pouco sobre os conhecimentos implícitos na verdadeira prática de enfermagem, isto é, aquele conhecimento acumulado ao longo do tempo da prática de uma disciplina aplicada.*

Por tudo isto, não é de admirar que na nossa prática, muitas vezes ouvimos dizer que existe a enfermagem real, a da prática, enquanto que a das teóricas,   utopia e está muito afastada da realidade. Colli re (2003:139) refere-nos que, *  indispensável partir, não das aulas teóricas, mas do campo do exercício profissional, continuar a conhecê-lo e a participar no seu enriquecimento...*, cabe-nos a nós inverter esses papéis, porque   necessário que as palavras e os actos dos enfermeiros da prática, formadores e investigadores, vejam clarificada a sua fun o social (Adam 1994).   essa inquieta o que orienta o nosso percurso como enfermeiros, nesse contexto elaboramos um trabalho de investiga o – ac o, subordinado ao tema: *Acolhimento Realizado pelos Enfermeiros da Sala de Partos*, de modo a conseguir pequenas mudanças mas sistemáticas e criando novas mudanças. Envolvemo-nos também num trabalho sobre os registos, no qual procuramos envolver a equipa, de forma a que esta efectue os registos de todas as actividades, para que estes permitam clarificar o que são os cuidados de enfermagem. Muitas questões surgem no nosso dia a dia, tais como: O que são os cuidados de enfermagem para os enfermeiros? Que cuidados prestam os enfermeiros? Que orienta es para a prática seguem os enfermeiros? Que valores orientam a sua prática?

Gostaríamos de poder dar resposta a muitas destas questões e que os enfermeiros do nosso serviço estivessem despertos para as necessidades

---

das utentes, adoptando uma atitude de partilha de poder, serem capazes de situar limites de acção de cuidados, dar visibilidade à nossa prática de cuidados, que é rica em conhecimentos e saberes, essas preocupações levam-nos à pergunta de partida do nosso estudo: **Como dar visibilidade aos cuidados de enfermagem?**

As práticas de cuidados de enfermagem como objecto de análise e produção de saber, implicam a existência de novas relações entre o enfermeiro / doente e os enfermeiros que se dedicam à investigação e à formação (Rebelo 1997), de modo a permitir o desenvolvimento de saberes, que vão ajudar a uma prática reflectida e portadora de sentido.

Como enfermeiros que somos da prática e formação e, nessa perspectiva, sabemos que a enfermagem encontra a sua razão de ser e existir nos cuidados que presta à pessoa. A este propósito Collière (1989:155), refere: *A nova prestação da prática de enfermagem, introduziu a relação entre o que presta e o que recebe os cuidados e o desejo de aprender as necessidades fundamentais da pessoa, criam novas exigências a nível da formação dos enfermeiros.*

No seio da profissão da enfermagem, emergem com frequência preocupações a que os enfermeiros atribuem grande importância, como: os valores que orientam a sua prática de cuidados, de gestão e de formação e a forma como estes se reflectem no seu quotidiano de trabalho, ao nível da sua tomada de decisão perante os dilemas éticos (Ribeiro 1998). Como refere Goleman (1999:335), *Regra geral é mais difícil mudar as atitudes profundas e os valores associados subjacentes que mudar hábitos de trabalho*, assim a investigação em enfermagem tem um papel fundamental, deve assentar as suas interrogações e análise ao mesmo tempo, no conteúdo e no vivenciado dos cuidados, ter em conta as suas dimensões sociais e institucionais, procurando ainda discernir os limites e os limiares de saturação dos cuidados, tanto para quem os recebe como para quem os presta (Collière, 2003).

Como nos refere o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro deve distinguir-se pela formação e experiência, que lhe devem permitir compreender e respeitar o outro, procurar abster-se de fazer juízos de valor relativamente à pessoa que recebe cuidados de enfermagem. Às qualidades pessoais está inerente toda a sua vivência, experiência de vida, formação e a própria visão que este tem da vida, como nos refere Hesbeen (2000), o enfermeiro que é autêntico, simples, humilde, que age com serenidade, que é capaz de ir ao encontro do outro, que consegue estabelecer laços de confiança, uma pessoa com sentido de humor e que acima de tudo cuida de si para ser capaz de cuidar do outro.

Watson (2002), fala-nos da relação transpessoal do cuidar, refere-se a uma relação especial do cuidar, em que há uma elevada consideração pela pessoa e pelo seu estar no mundo. Neste caso o ideal moral da enfermagem, está centrado na máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade. Para a mesma autora, no cuidar estabelece-se uma relação transpessoal e harmoniosa, que vai depender de um compromisso moral para proteger e promover a dignidade humana, a capacidade do enfermeiro compreender o outro, a capacidade do enfermeiro avaliar e verificar como a pessoa está – no – mundo e sentir-se próximo do outro. O enfermeiro através de gestos, olhares e simples palavras ser capaz de compreender a pessoa.

A enfermagem como profissão, tem de reconhecer e promover o cuidar de uma prática especializada, racional e científica (Lopes & Nunes, 1995), como exigência ética de forma a desenvolver a qualidade da competência dos seus profissionais. Cada enfermeiro deve promover o seu desenvolvimento, as suas capacidades pessoais e profissionais capaz de prestar cuidados personalizados. Como refere Adam (1994:93), *A enfermagem sempre deu muita importância às seguintes qualidades: respeito, compreensão, escuta activa. Todavia, os comportamentos observáveis da enfermagem nem sempre traduzem estas atitudes....*

Actualmente o desafio da enfermagem, é o de romper com a visão tecnicista do passado, com os procedimentos e procurar uma abordagem adicional para estudar e investigar a área da experiência humana na saúde – doença e do cuidar (Watson, 2002). É necessário desenvolver métodos que privilegiem o contexto humano. Devemos trabalhar para mudar a forma como visualizamos e apreciamos alguma da sua beleza, arte e humanidade, bem como da sua ciência.

Como refere Basto (2000:28), *nas práticas do dia a dia verificamos que as enfermeiras tomam efectivamente muitas decisões relativas aos cuidados que prestam, só que não lhes dão nome!* Por tudo isto, surge a necessidade de clarificar o que são os cuidados de enfermagem na nossa prática de cuidados, tornar visível as *pequenas coisas*, como nos refere Hesbeen (2000:34),... *a enfermagem para além dos saberes de vária natureza que requer e do seu incontornável tecnicismo, abrange uma imensidão de coisas, digamos, de **pequenas coisas***, as quais na prática temos muita dificuldade em definir. Assim surge a nossa questão de investigação: ***O que são as “pequenas coisas” na prática diária dos enfermeiros que trabalham numa sala de partos?***

É nesse sentido que surge o nosso estudo, procurando dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, assim como colocar em evidência as *pequenas coisas*, as quais fazem parte da imensidão de procedimentos realizados pelos enfermeiros.



**CAPÍTULO III**

**MÉTODO**

*Qualquer que seja a dimensão do projecto, é imprescindível dominar certas técnicas e conceber um plano de acção que não aspire a mais do que o permitido pela experiência, tempo e acesso à informação.*

Bell (2002:13)

A enfermagem encontra a sua razão de ser e de existir, nos cuidados que presta à pessoa e nas relações e interacções que se estabelecem entre quem presta e recebe cuidados. As práticas de cuidados de enfermagem como objecto de análise e produção de saber, implicam a existência de novas relações entre o enfermeiro/doente e os enfermeiros que se dedicam à investigação e à formação (Rebelo, 1997), de modo a permitir o desenvolvimento de saberes, que vão ajudar a uma prática reflectida e portadora de sentido. Deve haver uma correlação entre as necessidades da prática de enfermagem e a pesquisa (Koizumi, 1992), foi essa correlação que orientou o nosso estudo.

Mas como nos refere Almeida (2000), citando Kuhn, *todo o processo de construção e de desenvolvimento do conhecimento científico, tem subjacente a aceitação de um determinado paradigma*, que orienta e regula o processo de investigação. Ao centrarmos a nossa investigação nos processos e fenómenos de enfermagem, procuramos explorar a riqueza e a diversidade da experiência humana, isso leva-nos ao paradigma construtivista. Mucha & Cruz (2002), citando Schwandt (1994:118), referem que o construtivismo é *um meio de conhecer o mundo a partir do ponto de vista daqueles que nele vivem*. Nesse paradigma, as situações não são pré-determinadas, mas um processo em construção. O conhecimento é assim uma representação construída e sujeita a mudanças. Assim o conhecimento não é, então, independente da realidade das experiências dos indivíduos, pelo contrário, ele reflecte-as e organiza-as. Neste sentido o construtivismo radical assenta nessa base epistemológica sobre o conhecimento, deixando de lado a referência importante, a realidade objectiva (Glaserfeld, 1995). Como nos

refere Pondé (2003:3), citando Levy (1994), *uma ontologia construtivista assume a existência de vários mundos a partir das diversas percepções de mundo*. Os mundos são plurais e subjectivos, constituídos por várias realidades, em que o papel do pesquisador e do pesquisado e a situação na qual a investigação ocorre é dinâmica.

Também Streubert & Carpenter (2002), nos referem que a realidade é dinâmica e inscreve-se numa perspectiva verdadeiramente humanista e subjectiva, uma vez que os seres humanos são incapazes de total objectividade, porque a sua realidade é constituída por experiências subjectivas. E ainda para os mesmos autores, os filósofos e os cientistas sociais reconhecem e valorizam a subjectividade como parte de qualquer pesquisa científica. Na sua origem, as ciências humanas aparecem como um gesto escandaloso, na medida em que o homem de sujeito se desdobra em objecto de saber (Rodrigues, 2001). Os valores humanos são importantes para o conhecimento científico, torna-se *imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas*, como nos referem Streubert & Carpenter (2002:3).

## 1 – METÓDO DE ESTUDO

A nossa opção metodológica recai sobre o método qualitativo, já que se trata de uma abordagem sistemática e subjectiva e é utilizada para descrever as experiências de vida, dar-lhe significado como nos refere Koizumi (1992) e ainda facilitar uma visão holística da enfermagem. Gomes (1999) citando Lincoln (1992), refere que a investigação qualitativa procura compreender o comportamento humano e apresenta-se, como o método de eleição para qualquer tipo de investigação, que enfatize a compreensão ampla e a visão profunda. Para Queirós (2002), a perspectiva da investigação qualitativa centra-se no modo como os seres humanos interpretam e atribuem sentido à sua realidade subjectiva.

Também para Bogdan & Biklen (1994), na investigação qualitativa, a fonte directa de dados é o ambiente natural, em que o investigador é o instrumento principal; é uma investigação descritiva. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo que simplesmente pelos resultados ou produtos; analisam os seus dados de forma indutiva e o significado é de grande importância.

A problemática do estudo foi definida tendo como preocupação central a sua complexidade e em contexto natural, evitando assim o isolamento do fenómeno a estudar, mas procurando estudá-lo no seu todo como um processo contínuo e dinâmico. Temos consciência das diferentes componentes que o envolvem (Polit & Hungler;1995). Como referem Bogdan & Biklen (1994), os estudos qualitativos implicam a combinação da recolha de dados com a análise. A análise e recolha de dados desenvolvem-se alternadamente, primeiro a entrevista, em seguida a análise e o desenvolvimento teórico, ou a entrevista e depois mais análise e assim sucessivamente, até a investigação estar completa. Na grande parte dos estudos de casos, são os temas emergentes que orientam a recolha de dados, só no final dessa se inicia a análise formal e o desenvolvimento da teoria. Também Polit & Hungler (1995), nos referem que os pesquisadores

qualitativos precisam organizar os dados, analisar o conteúdo e procurar padrões integrados.

Mas alguns pesquisadores de enfermagem, adoptam um método específico para a análise qualitativa, desenvolvido pelos sociólogos Glaser & Strauss (1967), o seu método envolve uma maneira de gerar teorias a partir de dados, a qual eles descrevem como Grounded Theory. Essa metodologia é mais que um método para a análise de dados, trata-se de toda uma abordagem para a condução de uma pesquisa de campo. Um dos aspectos fundamentais é que a colheita de dados e análise ocorrem simultaneamente, esse procedimento é conhecido como comparação constante (Polit & Hungler;1995).

Como referem Bogdan & Biklen (1994), o método de comparação constante é um plano de investigação para fontes múltiplas de dados, no qual, tal como na indução analítica, a análise formal inicia-se precocemente e está praticamente concluída no final da recolha de dados, ou seja, a colheita e análise de dados decorrem em simultâneo e a análise mantém-se como apoio para mais recolha e codificação de dados.

Streubert & Carpenter (2002), propõem-nos a teoria fundamentada como uma abordagem de investigação qualitativa, utilizada para explorar os processos sociais nas interacções humanas, teve origem na tradição interpretativa do interaccionismo simbólico. Ainda para os mesmos autores a teoria fundamentada enquanto método e modo de investigação de campo, explora e descreve os fenómenos de ambientes naturais, cuja finalidade é analisar de modo profundo as práticas, os comportamentos, as crenças e as atitudes dos indivíduos.

O estudo que se baseia no interaccionismo simbólico, dá ênfase à importância do significado, para compreender a conduta social e o significado da interacção social num dado contexto (La Cuesta 2001). Para Streubert & Carpenter (2002:116), no interaccionismo simbólico, *acredita-se que as pessoas se comportam e interagem de acordo com o modo como interpretam*

ou atribuem significado a símbolos específicos nas suas vidas. Também Dupas et al (1997:219), nos referem que o *interaccionismo simbólico* é uma abordagem que permite ao enfermeiro compreender o outro, considerando os significados que esse outro atribui às suas experiências..., o que leva à adopção de metodologia qualitativa na pesquisa de investigação realizada em enfermagem. Com essa abordagem, procuramos descobrir novas perspectivas de prestar cuidados em enfermagem. Como referem Streubert & Carpenter (2002), a teoria fundamentada, pode expandir teorias de médio alcance e ajudar a explicar lacunas teóricas entre a teoria, a investigação e a prática.

A colheita e tratamento de dados, foi orientada pela análise comparativa constante como nos propõe o método da teoria fundamentada (Streubert & Carpenter, 2002), o que implicou que enquanto investigadores, criássemos e recriássemos o processo social. *A teoria fundamentada é um método de investigação indutiva, que tem por objectivo gerar uma teoria a partir dos dados colhidos, mais do que analisar os dados em função de uma teoria existente* (Fortin, 1999:151).

## 2 -SUJEITOS E CONTEXTO

A selecção do campo empírico de análise foi o contexto hospitalar – maternidade e tal como nos refere Streubert & Carpenter (2002:117), *A enfermagem ocorre em contexto natural e não num controlado....* Também como nos refere Collière (1989:244), *os cuidados de enfermagem procedem de um encontro entre dois (ou mais) seres vivos em que cada um detém elementos do processo de cuidados. É nesse contexto que decorrem os cuidados de enfermagem que investigamos.*

Os critérios para a selecção do campo empírico, decorreram dos objectivos da investigação de se desenvolverem no contexto natural de trabalho, por ser um local rico em vivências e experiências profissionais, pelo seguinte:

- A valorização dada pelos enfermeiros aos cuidados que aí são prestados;
- A sua centralidade na gestão de prestação de cuidados de saúde;
- Ser uma maternidade que presta cuidados diferenciados de Ginecologia e Obstetria e ainda, fazer articulação com outras instituições e com a própria comunidade;
- Local vocacionado para a área específica da nossa formação – Saúde Materna e Obstétrica;

Como nos refere Eco (2001:39), *quanto mais se restringe o campo melhor se trabalha e com maior segurança*, decidimos delimitar o campo empírico de análise, seleccionámos para o estudo o serviço da Sala de Partos de uma maternidade de central. Os critérios para a sua selecção resultam do seguinte:

- Pela formação específica que todos os enfermeiros do serviço possuem;
- Pelo seu tempo de experiência profissional ser superior a 10 anos;
- Pela utilização do método individual de trabalho;

- Por se tratar de um serviço composto por 4 camas e com um número de enfermeiros nos turnos de 8/16H – 3 enfermeiros, 16/24H – 3 enfermeiros e 2 enfermeiros das 0/8H;
- E por último, o facto de pertencermos a esse serviço e ocuparmos as funções de enfermeira formadora em serviço, procurando deste modo contribuir para a melhoria efectiva da qualidade de cuidados.

O facto de pertencermos à instituição facilitou o nosso acesso ao campo de análise. Após o nosso contacto com a Enfermeira Supervisora e explicados os objectivos do nosso estudo, foi elaborado o nosso pedido formal ao Director Clínico da Instituição, que deu o seu parecer favorável e disponibilidade para a realização das entrevistas e contactos com as enfermeiras.

Para construir a amostra o investigador, *Recorrerá para isso a participantes que representem tantas realidades quanto o fenómeno compreende*, (Fortin, 1999:151). No início do estudo fizemos o convite informal a todos os elementos da equipa para participarem, os quais demonstraram receptividade, mas no período de recolha de dados uma enfermeira reformou-se e outros dois elementos ficaram de atestado médico por um longo período. Os elementos que constituem o resto da equipa são a Enf. Chefe, que foi excluída por não estar na prestação directa de cuidados e o outro elemento encontra-se envolvido no estudo semelhante ao que estamos a desenvolver.

Os enfermeiros que participaram no estudo foram então sendo contactados por nós, os quais já conhecemos a alguns anos, o que facilitou o nosso contacto e aceitação, estes por sua vez demonstram disponibilidade e motivação em participar num estudo deste âmbito. Foram então marcados encontros de acordo com a disponibilidade dos participantes que seria em período laboral, o local era o gabinete da Enf.<sup>a</sup> Chefe, com a autorização da mesma, de modo a estarem perto do serviço, mas ao mesmo tempo permitia privacidade, de modo a não sermos interrompidos durante a realização das



entrevistas. Tudo o que referimos foi levado em conta, aguardando sempre pelo momento mais oportuno, de modo a não interromper as actividades que estivessem a desempenhar.

Neste trabalho não nos debruçamos particularmente sobre as características pessoais de cada indivíduo, por isso não procedemos a uma caracterização exaustiva dos sujeitos do estudo. Contudo, parece-nos importante conhecer algumas particularidades dos 12 enfermeiros sobre os quais incidiu o nosso estudo. Em termos etários distribuem-se entre os 35 e 60 anos, predominando as idades inferiores aos 40 anos (67%). Todos os profissionais possuem o Curso de Estudos Superiores a Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Quanto à composição por sexo é dominante o sexo feminino (92%), o que reitera a predominação feminina que historicamente tem integrado a enfermagem. Relativamente aos anos de profissão, verificamos uma variação entre os 11 – 34 anos, tendo a maioria dos enfermeiros entre 11 e 20 anos de profissão (83%). O tempo do exercício profissional no serviço varia entre os 3 e os 22 anos, com predomínio no intervalo dos 3 – 10 anos.

### 3 - CACTERISTICAS DO CONTEXTO

#### Espaço físico:

O serviço possui 4 camas destinadas às utentes, funciona com uma equipa de enfermagem de 18 elementos (1 enfermeira chefe e 17 enfermeiros especialistas), distribuídos pelos diferentes turnos como foi referido anteriormente, uma equipa de 5 auxiliares de acção médica distribuída com um elemento por turno, além das respectiva equipa médica com 2 elementos das 8H às 13H em presença física e uma equipa de urgência de 24H e ainda 1 médico anestesista e um pediatra.

As utentes estão distribuídas pelas 4 camas em quartos individuais, o que permite a fluida circulação dos profissionais nos espaços e ainda o mais importante, a privacidade das utentes. As recentes obras realizadas neste serviço vieram facilitar essas condições e vieram ainda, permitir um bom acolhimento à utente e acompanhante e ao mesmo tempo permitem uma melhoria na qualidade dos cuidados a prestar, uma vez que a utente após a sua instalação nesse espaço, aí permanece até ao momento da sua transferência para o serviço de puerpério após o parto ou, para o bloco operatório no caso de ser necessária a cesariana. O bloco operatório a que nos referimos está integrado no mesmo espaço, mas é composto por uma equipa de enfermagem independente. O serviço da sala de partos é ainda constituído pelo gabinete da enfermeira chefe, uma pequena sala de estar para todos os profissionais, um hall que serve de passagem para o bloco operatório e ainda de espaço para os profissionais de saúde realizarem os registos, serve ainda de local para a passagem de turno dos enfermeiros.

#### Distribuição do trabalho dos enfermeiros:

A distribuição do trabalho dos enfermeiros processa-se da seguinte forma: cada enfermeiro fica com uma ou duas utentes distribuídas e é responsável por todos os actos que lhe são realizados, desde o acolhimento passando

muitas vezes pela realização do parto até ao momento da alta, se tudo isso se efectuar no seu turno. Procura-se utilizar o método individual de trabalho, o que nem sempre é possível dada a média diária de partos (média de nove partos por dia).

Em cada turno um desses três enfermeiros é o responsável, é ele quem faz a distribuição das utentes pelos respectivos elementos do turno, e garante o bom funcionamento do serviço.

#### 4 - PAPEL DO INVESTIGADOR

Tudo o que temos vindo a referir, nomeadamente a escolha do método, não tem sentido sem o elemento pessoal que os põe em execução, sem as capacidades específicas do cientista e o seu envolvimento apaixonado no trabalho (Santos, 1995). Enquanto investigadores envolvidos no trabalho procuramos como nos sugere Pondé (2003), não ser um elemento neutro, uma vez que o mundo vivido é uma representação construída a partir da interacção entre quem investiga e é investigado. Esse envolvimento passou pela realização de um trabalho de investigação-acção, subordinado ao tema “Acolhimento realizado pelos enfermeiros da sala de partos”, nos anos de 2000 a 2002 e pelo nosso papel de formadores em serviço.

Aparentemente o papel enquanto investigadores encontrava-se um pouco confuso, dadas as funções que desempenhamos e o facto de trabalharmos no serviço no qual se realizou o estudo, mas como foi sugerido por vários autores por nós consultados, num estudo qualitativo, o investigador deve rever o que pensa do assunto e quais as suas percepções e preconceitos pessoais, de modo a clarificar o seu ponto de vista e evitar juízos de valor sobre a temática em estudo. Com base nessa premissa, no início do estudo elaboramos por escrito as nossas percepções, de forma a evitar preconceitos e juízos de valor, o que se mostrou importante à medida que se foi efectuando a análise dos dados. Na nossa posição enquanto investigadores encontramos algumas dificuldades, mas também por outro lado nos facilitou, como passamos a referir.

As nossas dificuldades passaram pela etapa da observação, em que foi difícil ou mesmo impossível participar de forma limitada nas actividades, o que dificultava os momentos de observação. O facto de conhecer todos os elementos e de saber como trabalham, acrescido ao facto de sermos enfermeiros da formação em serviço poderia implicar a nossa intervenção em algumas situações, assim optamos após algumas tentativas pela não utilização da observação como método de investigação, para evitar como

refere Bogdan & Biklen (1994:125), os *investigadores que ficam tão envolvidos e activos com os sujeitos que perdem as suas intenções iniciais*, tendo alguma dificuldade de não saberem como agir.

Mas por outro lado como nos refere Streubert & Carpenter (2002:119), os *investigadores trazem experiência pessoal para o estudo afim de compreender o problema* e os mesmos autores citando Stern et al (1982), na *produção de investigação naturalista, os investigadores não se tentam retirar do estudo. Em vez disso reconhecem que desempenham um papel na investigação.*

O facto de pertencermos ao serviço facilitou a nossa aceitação como investigadores e não foi necessário a criação de laços de confiança, uma vez que estes já existiam.

Por tudo isto, recorreremos à entrevista como fonte de colheita de dados, não tendo realizado a observação participante, à qual nos havíamos proposto. Não sentimos dificuldade na abordagem aos entrevistados uma vez que já os conhecíamos. Como nos refere Bogdan & Biklen (1994:134), *o investigador geralmente já conhece os sujeitos, de modo que a entrevista se assemelha muitas vezes a uma conversa entre amigos.* Foi isso que pensamos ter acontecido connosco uma vez que a conversa fluía sem grandes dificuldades. Uma outra vantagem era o facto de conhecermos o trabalho de cada um dos elementos, o que permitia que durante a entrevista, o entrevistado falasse livremente sobre os seus pontos de vista. Por outro lado, o conhecimento que possuíamos enquanto entrevistadores, serem similares ao dos entrevistados, o que facilitava a compreensão das questões que fomos colocando, evitando como nos sugere Carmo (1998), a especulação, improvisação sobre o assunto, assim como repostas que não correspondiam à sua experiência.

Relativamente à análise após a recolha de dados, o nosso papel como investigador foi facilitado, uma vez que conhecendo a linguagem utilizada e conhecendo o serviço, destacavam-se palavras, frases, padrões de

comportamento e acontecimentos que nos eram familiares. Streubert & Carpenter (2002:120), referem-nos *o investigador é uma parte integral do processo e conseqüentemente deve reconhecer o papel íntimo....*, de modo a evitar que a familiaridade dificulte o aparecimento de novas formas de ver a realidade. Foram estes pressupostos que orientaram a nossa investigação e o nosso papel enquanto investigadores.

## 5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A colheita de dados empíricos decorreu segundo as directrizes do método das comparações constantes, a partir de entrevistas não estruturadas, e consulta de documentação, neste caso concreto, consulta e análise dos registos efectuados em notas de evolução.

As entrevistas como ferramenta específica de investigação podem definir-se como uma conversa que tem como propósito o de obter certas informações, como nos refere Bogdan & Biklen (1994), as entrevistas na investigação qualitativa podem ser utilizadas de duas formas: podem constituir estratégia dominante na recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com outras técnicas, mas em todas as situações a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito. Para isso o entrevistador deve levar o entrevistado a falar, de modo a exprimir com o máximo de exactidão o que realmente pensa (Albarelho et al., 1997). Ainda para o mesmo autor, o entrevistador deve ser lúcido perante si próprio e manter as devidas distâncias relativas às suas próprias percepções. Como Quivy & Campenhoudt (1998:192), nos referem que *se a entrevista é antes de mais nada primeiro um método de recolha de informações, no sentido mais rico da expressão, o espírito teórico do investigador deve, no entanto permanecer continuamente atento, de modo que as suas intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possível.*

Ao optarmos pela entrevista como método de recolha de dados procuramos identificar como nos refere Quivy & Campenhoudt (1998:193), *a análise do sentido que os actores dão às suas práticas, aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados; os seus sistemas de valores, a suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências, etc.* Perante o que acabamos de referir, recorreremos à entrevista não estruturada, como nos refere Streubert & Carpenter (2002:27), *esta possibilita maior latitude de obtenção de respostas, onde o investigador faz perguntas abertas, o que permite ao*

entrevistado fazer as suas descrições livremente. Parafraseando Fortin (1999:247), *a entrevista não estruturada é utilizada principalmente nos estudos exploratórios, quando o entrevistador quer compreender a significação de dado acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes*. Sousa in Gauthier et. al. (1998), refere que se deve procurar o como e o porquê, através de informações, conversações ou descrições, mas como nos refere Bogdan & Biklen (1994), sem perder a informação esta é acumulativa, ou seja cada entrevista determina e liga-se à seguinte. Com base nessa premissa foram decorrendo todas as entrevistas. Elaboramos uma pergunta de partida que serviu para começar todas as entrevistas e que melhor respondesse à finalidade desta investigação, que se adequasse à natureza dos enfermeiros a entrevistar e ainda fazendo algumas questões que foram surgindo durante a entrevista de forma a guiar a mesma. A pergunta que serviu de guião à entrevista tinha como base a descrição do que fazem no serviço.

As entrevistas foram feitas a doze enfermeiros de acordo com a sua disponibilidade em participar, aos quais foi colocada a questão de orientação e novas questões que iam emergindo dos novos dados não consideradas previamente e que foram úteis para desocultar as estruturas mais profundas dos discursos dos entrevistados e que contribuíssem igualmente para o enriquecimento da informação a recolher.

Nas entrevistas consideramos quatro momentos-chave, como nos é sugerido por Albarello et al. (1997): o preliminar, que era situar o entrevistado em relação ao tema e finalidade, motivando-o para responder, pedir autorização para o registo magnético da entrevista, o que todos permitiram e assegurar o sigilo das informações prestadas, de modo a que o entrevistado se sentisse associado à investigação; o momento inicial onde colocamos a questão indutora; no terceiro momento, o corpo da entrevista, deu-se espaço de liberdade para se exprimir, limitamos o nosso papel a apoiar, encorajar, pedir para clarificar ou aprofundar alguns assuntos, em alguns momentos colocamos questões de modo a orientar os enfermeiros para a finalidade do



estudo, mas procurando fazê-lo de forma subtil e respeitando a organização do seu discurso, o tempo previsto foi de mais ou menos 20 minutos, o que em média se concretizou. No momento final agradecemos a sua disponibilidade e colaboração dada e combinamos a forma de validar a transcrição da entrevista e foi atribuído o número de acordo com a sua realização.

A transcrição das entrevistas foi feita na sua íntegra, tarefa por nós realizada mediante um programa de processamento de texto, o que nos permitiu recuperar parte do ambiente, das hesitações perante este ou aquele facto, da força expressiva com que os entrevistados abordaram as questões, o modo como foram capazes de nos fazerem entender o sentido de resposta.

Foram realizadas no total 15 entrevistas:

- Três entrevistas exploratórias, de forma a adquirir experiência e ajustar alguns aspectos para as entrevistas a realizar. Este procedimento ajudou-nos a adquirir uma postura e orientação para as entrevistas seguintes;
- São 12 entrevistas que constituem a amostra do estudo, que se realizaram de 20 de Janeiro a 14 de Março de 2003.

A selecção dos enfermeiros para a realização das entrevistas, foi feita segundo o que referimos na caracterização dos sujeitos. Como já foi referido anteriormente, foi feita de acordo com a disponibilidade e vontade em participar e também os que de alguma maneira demonstravam que podiam dar contributos interessantes para a problemática em estudo. Durante a realização das entrevistas e num processo interactivo, fomos analisando os dados recolhidos e um pouco de forma grosseira, procurando identificar os processos e conceptualizando os padrões subjacentes – codificando-os (Streubert & Carpenter, 2002). Decidimos parar a recolha de dados, quando verificamos uma certa repetição do conteúdo das entrevistas, isto é, ao atingirmos o ponto de *saturação teórica* (Bogdan & Biklen, 1994:103).

Como forma de complementar a informação obtida pela entrevista, recorreremos à pesquisa documental, onde privilegiamos a consulta de registros de enfermagem feitos nas notas de evolução, que englobassem todos os enfermeiros entrevistados, assim como todos os turnos (manhã, tarde e noite) de 26 de Fevereiro de 2003 a 5 de Maio de 2003 e, procedemos à sua análise e codificação. Quando num documento escrito (registos), há mais que uma unidade de significação codificada da mesma forma (indicador), foi apenas codificada uma vez.

## 6 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A colheita e análise dos dados foram feitas simultaneamente, levando à selecção de novos dados como preconizado pelo método das comparações constantes. Os primeiros dados foram codificados com palavras que descreviam (indicadores) o que os enfermeiros faziam no local em estudo. Foi utilizado o método das comparações constantes, as categorias foram identificadas e agrupadas por códigos de acordo com as ligações que nos pareciam existir entre elas, foram constantemente comparadas de modo a assegurarmos que eram mutuamente exclusivas e cobriam todas as possibilidades (Albarello et al.1997). As categorias, ou seja, os conceitos por semelhança, foram então agrupados em constructos para formar um quadro conceptual provisório, de modo a facilitar o trabalho analítico e a levá-lo a níveis de abstracção cada vez mais elevados. As categorias têm um grande poder conceptual porque elas muitas vezes abrigam grupos de conceitos ou subcategorias.

Seguimos também as orientações de Streubert & Carpenter (2002), que nos sugeria a codificação a três níveis: Codificação de nível 1 – Os investigadores devem olhar para o processo e codificar cada frase e incidente, assegurar um exame minucioso dos dados. Estes códigos são designados de códigos substantivos, normalmente são as palavras referidas pelos participantes. Assim, quando encontramos numa entrevista mais que uma unidade de significação codificada da mesma forma (indicador), esta foi apenas contabilizada uma vez. O investigador deve proceder à sua comparação constante.

Codificação de nível 2 – Ou categorização. O investigador codifica os dados, compara-os com os outros e atribui-lhe grupos ou categorias e assegura-se de que as mesmas são mutuamente exclusivas.

Codificação de nível 3 – Emerge o tema central dos dados.

O desenvolvimento conceptual e ainda segundo os mesmos autores, passou pela redução das categorias através da sua comparação, agrupamento e encaixe num tema mais vasto. Também recorreremos à amostra selectiva da literatura, de modo a evitar preconceitos e a afectar e direccionar as ideias. Procuramos fazer uma revisão de literatura pertinente de acordo com os conceitos encontrados.

O desenvolvimento do nosso trabalho de investigação teve por base as premissas defendidas por estes autores. De modo a facilitar a sua execução, conclusão e compreensão do mesmo.

O rigor da nossa investigação foi conseguido através:

Da clarificação da ligação e envolvimento existente entre a investigadora e os sujeitos da investigação; da validação realizada com os sujeitos de modo a garantir que as suas descrições eram as reais. Essa validação passou, pela convocação de todos os enfermeiros para uma reunião, mas só estiveram presentes 6 enfermeiros, uma vez que uns estavam ausentes por férias e outros não puderam comparecer por motivos de ordem pessoal, os que estiveram presentes todos haviam participado nas entrevistas. Na reunião foram apresentados os indicadores e as respectivas categorias por nós encontradas. Eles consideraram que essas categorias representavam e conseguiam fazer transparecer o seu trabalho realizado na sala de partos, mas ao mesmo tempo mostrando-se surpreendidos pela forma como a sua linguagem tinha sido interpretada, uma vez que prestavam todos aqueles cuidados, mas sobre os quais pouco reflectiam. Com agrado, verificarmos que daquela reunião saiu uma nova forma de ver e pensar os cuidados de enfermagem. Esperamos que essa nova visão possa contribuir e beneficiar a pessoa a quem prestamos cuidados, ou seja a utente, recém-nascido e família.

## 7 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação poderá ter sido a realização de apenas uma entrevista aos sujeitos do estudo, porque provavelmente se tivéssemos realizado mais entrevistas, outros aspectos surgiriam ou poderiam ser clarificados.

A constatação dessas limitações, permitiu-nos uma reflexão e análise que constituíram momentos importantes de aprendizagem e o nosso crescimento como investigadores.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISE DOS DADOS**

*Descobrir é procurar o sentido do que se percebeu, do que se escutou, e isto não pode fazer-se a não ser que as informações sejam agrupadas e analisadas à luz de conhecimentos que têm por objectivo torna-las significativas.*

Collière (1989:299)

Ao analisarmos as descrições dos enfermeiros e como estes definem a sua prática de cuidados, procuramos sobretudo dar ênfase às *pequenas coisas* e deste modo criar um processo de cuidar, uma nova visão e orientação dos cuidados de enfermagem. Procuramos identificar a natureza dos cuidados de enfermagem, assim como a imensidão dos seus saberes.

Os saberes de enfermagem são de vária natureza, desde o *incontrolável tecnicismo até às pequenas coisas* (Hesbeen, 2000:34). No seu dia-a-dia o enfermeiro encontra dificuldade em as definir, com este estudo procuramos dar visibilidade a essas *pequenas coisas*, mas também realçar a importância que as mesmas tem para as utentes, uma vez que paralelamente a este estudo decorreu outro realizado por uma colega e ao qual vamos fazer referência. Ao longo do estudo vamos fazer referência a vários autores, assim como a alguns estudos sobre a mesma temática, mas como guia orientador, estará a concepção que o Walter Hesbeen tem dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto surge a questão, O que são as "*pequenas coisas*" na prática diária dos enfermeiros de uma Sala de Partos?

Da análise e validação das nossas entrevistas, emergiram categorias que descrevem os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros. Algumas dessas categorias referenciavam actividades que na perspectiva dos enfermeiros eram executadas em primeiro lugar, não como rotinas, uma vez que para eles isso se devia às características do serviço, à metodologia de trabalho, assim como às normas e protocolos existentes.

No contexto de trabalho surgem as “rotinas”, não como cuidados *rotinizados* ou *mecanizados*, mas como um meio de organização dos cuidados, o que vai permitir a criação de espaços e de tempo para outras actividades. Berger & Luckmann (1999:64), referem que *toda a actividade do homem está sujeita a habituação. Qualquer acção repetida com frequência acaba por se moldar a um padrão que por sua vez pode depois ser reproduzido com economia de esforço ...*

Além dessa economia de esforço e tempo, a *habituação fornece a direcção e a especialização de actividades que faltam no equipamento biológico do ser humano, aliviando assim o acumular de tensões resultantes de impulsos não dirigidos*, como nos fazem referência Berger & Luckmann (1999:65). O serviço onde se realizou o nosso estudo, envolve uma grande especialização e tecnicismo, como nos referia um dos enfermeiros

“...presto cuidados especializados na minha área “Saúde Materna e Obstétrica” à grávida/parturiente, marido e família ou acompanhante” (E7).

Os enfermeiros têm necessidade de intuitivamente criarem padrões, para arranjam espaços onde possam pôr em prática a sua arte de cuidar. Como nos refere Deleuze (1994:15), na sua análise sobre Kant, *o que se nos apresenta ou o que aparece na intuição é antes de tudo, o fenómeno enquanto diversidade sensível empírica (à posteriori)*. As “rotinas” correspondiam às actividades preestabelecidas, na maioria relacionadas com as seguintes intervenções: *Executar, Observar, Informar, Acolher, Promover a Relação Precoce e Possibilitar*, que também encontramos nos registos das enfermeiras: *Executar, Observar, Informar, Acolher, Estar Disponível e Possibilitar*. Mas a expressão “rotinas”, raramente foi utilizada pelas enfermeiras, mas nas descrições que faziam dos cuidados de enfermagem, essas categorias eram referenciadas em primeiro lugar. Será que são mais importantes que as outras? Ou porque essa organização de cuidados lhes permite a rentabilização de tempo e disponibilidade? Ou será que os cuidados de enfermagem estão orientados para o processo, em que



este é elaborado com a pessoa que é cuidada e de acordo com a sua situação?

A enfermagem no seu percurso tem vindo a procurar novas perspectivas de saúde, da pessoa, do ambiente, de forma a promover a saúde. Assim, encontra-se perante novos desafios, como nos refere Watson (2002:9), *o desafio actual da enfermagem é romper com os velhos laços de preocupação com os procedimentos, com os factos per si, definições rígidas, racionalismo severo, operacionismo....*, a mesma autora sugere ainda o desenvolvimento de métodos que preservem o contexto humano.

Nesse contexto surge a questão: Como vêem os enfermeiros os cuidados de enfermagem na Sala de Partos onde trabalham?

Na análise das entrevistas, deparamo-nos com a utilização de uma diversidade de termos e cujo sentido se aproximava da linguagem proposta pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão "Beta" (2000). Optamos pela sua utilização não no sentido da aplicação axiológica que lhe é implícita, mas como guia orientador da uniformização da linguagem encontrada, sempre que o sentido dado correspondia à definição do termo.

## **EXECUTAR**

Para a categoria Executar tomamos como definição operacional a da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como uma forma de acção de enfermagem com as seguintes características específicas: desempenhar uma tarefa técnica. Inferimos do discurso dos enfermeiros do nosso estudo, a categoria **executar**, como desempenhar actividades técnicas, tais como: fazer o parto, administração de terapêutica, puncionar uma veia periférica, cuidados ao recém-nascido, conforme **Quadro n.º 1**.

Os cuidados de enfermagem são de natureza complexa, o que significa dizer que incluem actividades variadas, desde um saber fazer e um saber agir. O saber fazer exige ao enfermeiro competências teóricas e práticas, estas últimas que vai adquirindo ao longo do seu percurso profissional. Assim o enfermeiro na sua prática de cuidados executa muitas actividades que requerem um saber fazer e um conhecimento que se adquire com o tempo e com a prática (Benner, 2001).

Quadro n.º 1 – Categoria **Executar** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
<b>EXECUTAR</b>	Executar o parto	12
	Cuidados imediatos ao Recém-nascido	8
	Puncionar veia periférica	5
	Administrar terapêutica	3
<b>Total</b>		<b>28</b>

Dada a especificidade de cuidados de enfermagem que são prestados no local do nosso estudo, encontramos esse saber fazer, como nos foi expresso pelos sujeitos do estudo, como são disso exemplo os seguintes significados:

### **Executar o parto**

*...faço partos (E2, E5, E10, E12)*

*...executo o parto (E3, E7)*

*...fazemos os partos, tratamos dos bebés, (E6)*

*...fazemos um parto (E1)*

*...fazer o parto (E4, E9)*

*...fiz-lhe o parto, suturei, prestei-lhe os cuidados, (E11)*

*...Se for um parto por via baixa executo o parto (E10)*

### **Executar os partos normais (E8)**

Também Fernandes (1999), no seu estudo subordinado ao tema “Da Competência em Enfermagem Pediátrica”, identificou nos discursos das enfermeiras intervenções dirigidas à criança, relacionadas com tarefas técnicas do âmbito executar.

O enfermeiro no desempenho das suas funções, administra e vigia tratamentos muito complicados como nos refere Benner (2001:147), *pôr a funcionar e vigiar um tratamento por via intravenosa com o mínimo de risco e complicações*, exige ao enfermeiro um saber técnico e científico. Na sua prática de cuidados o enfermeiro encontra-se muitas vezes perante situações que lhe exigem saberes de grande complexidade, que exemplificamos a seguir:

### **Administração de terapêutica**

*... administrar terapêutica se estás a fazer um parto, (E6)*

*...administrar o kanakion, (E9)*

*...administrar sempre que é necessário a medicação analgésica ou outro tipo de medicação, (E3, E9)*

### **Puncionar veia periférica**

*...colocar os soros (E4, E9, E11)*

*...pôr os soros de acordo com os protocolos, (E9)*

*...não vem puncionada tenho que a puncionar, (E8)*

*...puncioná-la e administro-lhe medicamentos endovenosos para ela acalmar, (E8)*

*...puncionar uma senhora (E1)*

*...punciono uma veia, coloco os soros prescritos em curso, faço a monitorização com RCT e a sua avaliação, (E11)*

A intervenção de enfermagem constitui-se de inúmeras dimensões, às quais o enfermeiro deve estar atento, uma vez que constitui os cuidados de enfermagem. Os sujeitos do nosso estudo colocam numa dessas dimensões, como passamos a exemplificar:

### **Cuidados Imediatos ao Recém-nascido**

*(Presto) ...cuidados imediatos ao RN, (E12)*

*...cuidados imediatos ao recém-nascido: peso, vestir, desinfecção ocular. (E9)*

*...prestação de cuidados aos recém-nascidos, (E2, E6, E7, E10, E11)*

*...prestar cuidados de enfermagem a uma grávida em trabalho de parto, cuidar dela durante o parto, ou cuidar do bebê (E3)*

*...procedo à transferência da mãe e do recém-nascido para o serviço de puerpério. (E10)*

*...reanimação aos recém-nascidos e cuidados pós-nascimento, (E10)*

Os cuidados imediatos ao recém-nascido englobam, recebê-lo, administrar todos os tipos de terapêutica necessários, pesar, vestir e tudo o que possa surgir, assim como auxiliar o médico na reanimação do mesmo.

Com a análise dos documentos escritos (registos) podemos confirmar essa categoria, embora não fizesse referência aos cuidados ao recém-nascido, uma vez que estes são feitos, em folha de registos própria para esse efeito (Registos do Recém-Nascido), são disso exemplificativos os seguintes códigos substantivos:

### **Executar o parto**

*Parto normal (D1, D2, D5, D6, D7, D8, D12).*

### **Administrar terapêutica**

*...administrar antibioterapia (D6, D12);*

*Foi sedada de acordo com a indicação médica (D5, D9);*

*Iniciou oxitocina (D1, D3, D4, D5, D6, D8, D10, D11).*

### **Puncionar**

*Colocado soros prescritos em curso (D8, D9);*

*Puncionada veia periférica e colocados soros em curso (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12).*

Encontramos ainda outros códigos substantivos, como **cateterismo vesical** e **colheita de espécimes**. São exemplo disso:

- *Feito esvaziamento vesical (D3, D7, D8, D9, D10);*
- *Colheita de sangue para hemograma e tempos (D2, D9).*

Todas essas actividades e gestos do enfermeiro não são feitos de forma mecânica e desprovida de sentido e atenção, Hesbeen (2001:8) refere-nos que é o *sentido dado aos gestos executados numa determinada situação, sempre particular em si mesma, que constitui a essência da prática do cuidar*. Existem estudos de investigação, que apontam para a fragmentação dos cuidados de enfermagem:

- Rebelo (1982), no estudo sobre as expectativas dos utentes em relação às enfermeiras, verificou que se dividiam entre actividades do cuidar (companhia nos momentos de sofrimento, tolerância, ajuda moral, ser informado como contactar o exterior e horário das visitas) e os aspectos técnicos (habilidade manual, cuidados de higiene, tratamentos e medicamentos a horas, informação sobre a doença e tratamentos) (in Ribeiro, 1995).

- Bento (1997), no seu estudo "Cuidados e formação em enfermagem", inferiu do discurso dos alunos *dois modos de fazer enfermagem*, em que um é: realizar tarefas, a ênfase vai para os cuidados físicos, estandardizados, feitos à mesma hora; o outro pode assumir *outro ser* e constituir-se em ajudar a satisfazer as necessidades das pessoas, desenvolvendo uma relação interpessoal enfermeiro/pessoa.

## **OBSERVAR**

É a segunda categoria do nosso estudo e pode ser descrita como: a vigilância e avaliação cuidadosa das fases/situações das utentes, através da vigilância do trabalho de parto, monitorização fetal e sinais vitais. Dividimos a categoria em duas subcategorias: "Avaliar" e "Vigiar" e com os códigos substantivos, que se encontram no **Quadro n.º 2**. Adaptamos a definição de Observar da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como uma forma de acção de enfermagem com as seguintes características específicas: Ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.

As intervenções de enfermagem revestem-se de inúmeras dimensões, às quais o enfermeiro deve estar sempre atento como nos refere Watson (2002:10), *o cuidar, na enfermagem, transporta actos físicos mas abarca a mente – corpo – alma, à medida que reclama o espírito corporizado como centro da sua atenção. Este segue uma metodologia, através da arte, da estética, do ser, assim como do saber e do fazer.*

## **Avaliar**

Os cuidados de enfermagem requerem conhecimentos de vários âmbitos, o que faz com que o enfermeiro possua um vasto leque de conhecimentos e

Quadro n.º 2 – Categoria **Observar** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
<b>OBSERVAR</b>	<b>Avaliar</b>	Monitorização fetal	6
		Avaliação do trabalho de parto	5
		Observação	5
		Avaliação das queixas da senhora	3
		Avaliação dos sinais vitais	2
	<b>Vigiar</b>	Vigilância do trabalho de parto	6
<b>Total</b>			<b>27</b>

saberes. O nosso estudo realizou-se numa área de enfermagem que engloba um grande número de acções e procedimentos, desde a avaliação do trabalho de parto, avaliação das queixas da utente, observação, avaliação dos sinais vitais e monitorização fetal, como passamos a descrever:

### **Avaliação do trabalho de parto**

*...ver os soros como estão, se tem oxitocina, se podemos aumentar ou não (E4)*

*...avalio as várias fases do TP (trabalho de parto), através da progressão do feto, (E11)*

*...avalio o seu estado geral, até ao momento da alta. (E3)*

*...se vier em período expulsivo se calhar vou ouvir o foco e vou observar logo. (E12)*

*...vou avaliando a situação do TP, (E11)*

*...vou avaliando através do toque para ver qual é a evolução do TP, (E10)*

A avaliação que o enfermeiro faz da situação da pessoa a quem presta cuidados, é extremamente importante, como nos refere Marques (2000:15), no seu estudo sobre a Percepção “Significados” dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados, *é necessária uma avaliação cuidada do utente para que se possa intervir eficazmente no sentido da promoção do seu bem-estar físico.*

No nosso estudo, encontramos essas preocupações por parte dos enfermeiros nele envolvidos, como podemos constatar nas suas descrições:

### **Avaliação das queixas da Sr.<sup>a</sup>**

*...faço uma avaliação das queixas da senhora, (E11)*

*...vou avaliando, ainda, sobre as necessidades analgésicas e técnicas existentes. (E10)*

*...avaliação das queixas da senhora, pela observação ginecológica e damos continuidade aos cuidados. (E8)*

Os enfermeiros através da observação, procuram fazer uma avaliação da fase/situação da utente:

### **Observação**

*...observando as senhoras (E1, E2, E4)*

*...observo, (E6, E8)*

Da análise discurso dos enfermeiros inferimos que, a avaliação dos sinais vitais não é realizada a todas as utentes, ela é feita de acordo com as necessidades que o enfermeiro identifica:

### **Avaliação dos sinais vitais**

*...avaliação dos sinais vitais. (E12)*

*...avaliar os sinais vitais, globo de segurança e a avaliação do estado geral da senhora. (E9)*

*...senhora é hipertensa, avaliar a tensão arterial, se é diabética avaliar a glicemia capilar (E12)*



Mendes (1994), refere que a aquisição de aparelhagem científica (cardiotocografo) e o desenvolvimento dos conhecimentos, permite seguir com maior segurança o bem-estar do feto no útero, parece-nos também, que tal facto é valorizado pelos enfermeiros do nosso estudo.

### **Monitorização fetal**

*...faço a avaliação do RCT externo.(registo cardiotocografo) (E11)*

*...ponho-lhe o registo e vejo se está bem ou não (E4)*

A prática de enfermagem organiza-se em torno de diferentes actividades/actos, umas prescritas pelo médico, outras pelo próprio enfermeiro. É fundamental que o enfermeiro disponibilize *um sistema de segurança ao doente aquando dos tratamentos médicos e de enfermagem* (Benner, 2001:147).

### **Vigiar**

Nesta subcategoria, o enfermeiro procura fazer um acompanhamento do problema/situação da utente, de forma a identificar as necessidades que advém daí e assim, atempadamente, tratar ou evitar problemas para a utente e feto, através da vigilância do trabalho de parto. Como passamos a exemplificar:

#### **Vigilância do Trabalho de Parto**

*...colocar o RCT externo, (E2, E12)*

*...dou início aos procedimentos inerentes à situação e coloco o RCT (E3)*

*...o nosso trabalho baseia-se na vigilância e não no parir em si. (E5)*

*...seguimos uma mulher em trabalho de parto, (E6)*

*...vigiar a contractilidade do RCT, e vigiar a evolução do TP (E9)*

*...vigiar a rotura, (E12)*

*...vigiar o trabalho de parto, o bem-estar materno-fetal (E3)*

*...vigiar o RCT externo (E4)*

*...vigilância e a preparação que envolve o trabalho de parto, que pode ser mais ou menos longo. (E5)*

*...vou vigiando o TP e vou mais propriamente observando para ver quantos cm tem, a variedade, (E2)*

*A vigilância do TP e se durante todo o período de dilatação o bebé e a mãe estão bem (E12)*

Da análise da documentação escrita (registos), constatamos que os enfermeiros no seu dia a dia fazem, o acompanhamento da fase/situação da utente através da avaliação e vigilância, como exemplificamos a seguir:

### **Avaliação do trabalho de parto**

*Avaliada evolução do trabalho de parto (D1, D5);*

*Apresentação alta (D5).*

### **Avaliação das queixas da senhora**

*Grávida refere contracções dolorosas (D1, D3, D7, D10, D12);*

*Senhora calma e colaborante (D1, D3, D4, D5, D6, 10, D11).*

### **Observação**

*Foi observada (D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12);*

*Foi observada, para avaliação da evolução de trabalho de parto (D1).*

### **Avaliação dos sinais vitais**

*Avaliada a temperatura (D1, D9, D10, D12);*

*Avaliados os sinais vitais (D2, D3, D4, D5, D6, D7, D9, D12).*

### **Monitorização fetal**

*Registo cardiotocografo externo com boa variabilidade e contractilidade frequente (D1, D2, D3, D4, D5, D11);*

*Registo cardiotocografo com boa variabilidade (D6, D12).*

**Vigilância do trabalho de parto**

*Colocado registo cardiotocografo (D1, D2, D4, 10);*

*Iniciou registo cardiotocografo (D4, D6, D9);*

*Reiniciou registo cardiotocografo (D1, D2, D8, D9, D12).*

**INFORMAR**

Esta categoria foi descrita como dar informação através dos ensinamentos sistematizados sobre o período expulsivo e técnicas de respiração. Explicar sobre os procedimentos a efectuar durante a sua presença na sala de partos. Neste contexto, dividimos a categoria informar em duas subcategorias: “Ensinar” e “Explicar”, **Quadro n.º 3**.

Quadro n.º 3 – Categoria **Informar** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
INFORMAR	Ensinar	Ensino sobre a técnica da respiração	4
		Ensinos oportunos	3
		Ensino ao acompanhante	2
	Explicar	Explicar os procedimentos	8
		Tirar dúvidas	7
		Explicar o trabalho de parto	5
		Explicar os tipos de analgesia	3
		Explicar a função dos equipamentos	2
		Dar informação sobre a fase/situação da senhora	2
<b>Total</b>		<b>36</b>	

## **Ensinar**

Adaptamos como definição operacional a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o Informar é uma forma de acção de enfermagem, com as seguintes características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa. A informação sobre a enfermagem, funcionamento do serviço ou o modo como vai decorrer a estadia, os exames e outros, ajuda a criar o sentido de estar e ser considerado como pessoa única (Hesbeen, 2001) e ainda, é de salientar a importância de esclarecer as dúvidas.

O ensino é importante, permite à utente conhecimentos sobre as alternativas e consequências, nomeadamente os riscos, custos e benefícios de todos os cuidados que lhe são prestados, como nos refere Ribeiro (1995:45), *a enfermeira deve encorajar o utente a tomar a melhor decisão possível e a adaptar-se à sua situação de saúde, mas não pode perder de vista o direito do utente a decidir.*

A família também deve estar envolvida nessa informação, de modo a que ela possa colaborar e ajudar nesse período tão difícil para a utente. Assim como nos refere Benner (2001:90), *a enfermeira apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família na cura do doente dando-lhe as informações necessárias para lhe providenciar cuidados físicos e trazendo-lhes um apoio afectivo.*

O papel do acompanhante na sala de partos é muito importante para a utente, na medida que a sua presença ajuda a colmatar o medo e receio que a maternidade sempre implica.

Os significados que se seguem são disso exemplificativos:

### **Ensino ao acompanhante**

*...ensino sobre o RCT, eu digo-lhe que o que ela está a ouvir é o coração do bebé, que aquele som é normal. (E12)*

*(Ensino-o) ...segurar a mão da senhora e incentivá-la a fazer força. (E8)*

*...ensinos aos pais ou acompanhantes, o que vão observar, ver e como actuar. (E5)*

O enfermeiro em todos os seus actos procura ajudar e apoiar. Os ensinamentos são muitas vezes um meio de o concretizar, como refere Fr. Bernardo (2003:211), *ensinar sugere introduzir ou proporcionar ao sujeito disponível determinadas informações*, mas tendo sempre presente que cada pessoa é única e diferente e necessita de um cuidado também diferente e único.

### **Ensino sobre a técnica de respiração**

*...ensinei a respiração adequada para aliviar a dor (E11)*

*...ensinos de relaxamento e de respiração são prioritários, (E12)*

*...faço os ensinamentos adequados à fase do TP que a senhora está a vivenciar, desde os exercícios de respiração, como deve fazer, o tipo de postura que deve adoptar e porque deve estar de determinada maneira ..., os ensinamentos são dirigidos à senhora e acompanhante. (E11)*

Inferimos dos discursos que os ensinamentos podem ser dirigidos a uma situação específica, ou abranger uma área muito mais vasta, à qual procuram dar resposta, passando por uma visão mais global da situação.

Alves (1992), no seu estudo sobre o grau de satisfação face aos cuidados de enfermagem aplicado a utentes sujeitos a transplante renal, demonstrou que estes valorizavam mais aspectos relacionados com a linguagem utilizada pelos enfermeiros, atendimento e vantagens do ensino feito pelo enfermeiro do que as competências técnicas (in Ribeiro 1995).

### **Ensinos oportunos**

*...faço ensinamentos relativamente aos vários tipos de analgesia, se ela está informada do que é a epidural, se sabe o que é, se não souber as dúvidas que tiver tiro-as (E12)*

*...somos nós que estamos a ver que a senhora está a fazer coisas que não deve, por exemplo: a respiração, fazer força, ou pessoas que nos perguntam*

*o que é a epidural, os riscos, se existem outras hipóteses, o que há, o que vai acontecer, se vai durar muitas horas o TP e então fazemos os ensinamentos ...* (E9)

*Faço ensinamentos relativos ao posicionamento dela no leito, relativamente à respiração dela, se o está a fazer de forma adequada, eu explico como o deve fazer.* (E12)

## **Explicar**

Esta é uma das subcategorias do nosso estudo, que descreve o que o enfermeiro durante a prestação de cuidados explica, todos os procedimentos que realiza, assim como faz os esclarecimentos de dúvidas que as utentes referem, como os exemplos que se seguem o confirmam:

### **Explicar o trabalho de parto**

*...é preciso explicar e informar, o que se está a passar, como as coisas estão, como vão decorrer, porque existe dilatação, o que é o colo, porque o bebé está lá em cima, e depois vai descer, porque existem as contracções, acabar com o mito.* (E1)

*...elas perguntam logo e eu digo que esboço de contracção* (E8)

*...explicar às senhoras o que é a dilatação, o que é a apresentação, o colo em pagamento,* (E7)

*...explicar como vai ser, o que está acontecer, o que é a dilatação,* (E1)

*...perguntam se vai demorar muito tempo, se não vai demorar, explico que isso é imprevisível, que o TP pode demorar muitas horas, pode chegar a 24 horas ou mais, mas habitualmente a analgesia que se faz acelera um bocadinho,* (E12)

O enfermeiro na interacção que estabelece com a pessoa a quem presta cuidados, reduz a sua insegurança como refere Biscaia (2002:73), *As inseguranças do pai, da mãe e da família terão de ser diminuídas pela explicação....* Também Coutinho (2000), no seu estudo identifica que o explicar procedimentos faz parte das actividades dos enfermeiros. Verificamos no nosso estudo que os enfermeiros têm essa preocupação de

explicar todos os actos e procedimentos que fazem. Como se confirma pelas seguintes descrições:

### **Explicar os procedimentos**

*(Explico) ...que os soros são para hidratar e digo com começa o outro com oxitocina é para regularizar a intensidade das contracções que ela vai sentir, (E12)*

*... Apresento-me, explico mais ou menos para que é o registo, para que são os soros, (E2)*

*...explicar-lhe o que ele deve fazer, às vezes não tem uma atitude de acompanhante, estão ali porque alguém disse que eles podiam estar ali e ele acaba por não fazer companhia nenhuma (E1)*

*...explico as coisas, como funcionam, (E6)*

*...explico o posicionamento a adoptar (E3)*

*...explico o que vou fazer (E12)*

*...explico quais os passos seguintes, que lhe vou colocar os soros em curso, um que é para manter a veia, o outro para regular as contracções e não para aumentar as dores, mas que pode produzir algumas, (E8)*

*...falar à senhora explicar os procedimentos (E11)*

*...fazer o esvaziamento vesical também como explicar que é com uma sonda e é só para esvaziar a bexiga, (E12)*

*...quando é observada também explico o que vai passar, (E12)*

*...se administro medicação explico-lhe o motivo porque o faço e o que vai acontecer, reacções que a medicação pode ter, (E10)*

*Explico para que são os soros, o que é a epidural, muitas vezes elas não entendem o que o médico anestesista diz e perguntam outra vez a mesma informação, também fazem perguntas em relação ao bebé, em relação ao parto (E2)*

*Também lhe dou algumas luzes como vai ser no puerpério, vai mudar para outro serviço, mais ou menos como são os serviços. (E11)*

*Tudo o que eu faço, os actos técnicos, colocar o registo, puncionar, eu explico à senhora. (E12)*

O explicar não é algo isolado, faz parte dos cuidados como um todo, uma vez que o enfermeiro nesse momento para além da comunicação que estabelece com a pessoa, está a fazer uma *imensidão de coisas*, como iremos verificar ao longo do nosso trabalho. Explica a função do equipamento que existe no quarto.

### **Explicar a função do equipamento**

*...elas chegam e perguntam onde vão ter o bebé e, eu explico que o vão ter no próprio quarto. (E6)*

*...explicar o que é a SP (E3)*

É dever do enfermeiro, informar a utente e os familiares no que diz respeito aos cuidados de enfermagem e sobre os recursos a que pode ter acesso e a maneira de os obter (Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, art.º12; Anexo do Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril, art.º84). Da análise dos discursos dos enfermeiros inferimos que respeitam esse direito, que passa pelo explicar: tipos de analgesia, tirar dúvidas e dar informações sobre a fase/situação em que se encontra, como são disso explícitos os significados que se seguem:

### **Explicar os tipos de analgesia**

*...explico a uma senhora sobre epidural e ela a faz e até me agradece obrigada senhora enfermeira eu fico muito satisfeita, (E2)*

*...explico que durante o tempo em que tem epidural as contracções, a dor na maior parte dos casos ela não vai sentir, mas que se colocar a mão em cima da barriga e esta ficar dura, está a ter uma contracção. (E12)*

*...explico que existe outra alternativa mas que não é tão eficaz (como a epidural) contra a dor, (E12)*

*...falamos nos tipos de analgesia para o TP e se a senhora está interessada em fazer analgesia epidural e se já tem conhecimento dessa técnica, ou se vamos para outro tipo de sedação, (E11)*

### **Tirar dúvidas**

*...esclarecer o acompanhante do que se esta a passar, da situação, da evolução como o bebe está, as contracções (E1)*

*...explicar a causa da morte (E3)*

*...explicar à pessoa (acompanhante) porque não pôde estar, (E7)*

*...senhoras que vêm à partida para aqui com falsos mitos, preconceitos, que não estão receptivas a nada, inclusivamente à colocação do cateter venoso, cateter epidural, não querem nada, nomeadamente referem situações que ocorreram noutros hospitais, com pouco êxito ou nenhum é o final de um trabalho que foi feito, realizado por mim com a senhora e o marido, mas a senhora estava angustiada, no final a senhora acabou por me dizer que eu*



tinha razão e que de facto a informação transmitida pela médica não correspondia à realidade. (E7)

...tirar dúvidas em relação ao registo, muitas vezes querem saber a diferença dos sons, onde está registado o som que ouvem, se é o coração do bebé, onde está registado, entre que valor pode bater, se está saudável, são estas coisas que me perguntam. (E8)

Quando estão a fazer força muito tempo, nós dizemos que a cabeça do bebé está numa posição mais difícil e elas perguntam que posição é essa, se o bebé já se virou ao contrário e eu respondo não, não virou, mas está numa posição mais difícil, (E9)

Se a senhora vem muito queixosa antes de pôr o soro e depois de ouvir o bebé explico melhor as técnicas de relaxamento para que ela relaxe um bocadinho e digo-lhe que tem que respirar daquela maneira alivia um bocadinho mais a dor. (E12)

Vou conversar com ela, pô-la à vontade, muitas vezes elas têm ideias erradas do que é o parto, muitas vezes elas dizem vou puxar e não fica aqui ninguém ao pé de mim e se o bebé nasce, eu explico que o bebé não nasce assim, explico as fases todas do processo. (E2)

...ajudar a dar a informação, minimizar todos os medos, de esclarecer tudo o que se vai passar aos seus familiares (E1)

### **Dar informação sobre a fase/situação do trabalho de parto**

...informadas do que se está a passar com elas, as pessoas estarem esclarecidas, nós devemos esclarecer o que está acontecer, desde que elas entram até que saiam de tudo o que se passa. (E6)

...se vou observar uma senhora e ela está com a dilatação completa e a apresentação ainda está alta, eu explico que quando sentir a contracção, tem de fazer força e ensino-lhe a respiração correcta à fase do trabalho de parto em que se encontra (E8)

Da análise da documentação escrita (registos), assim como da nossa experiência profissional, e dos relatos dos enfermeiros do nosso estudo parece-nos que respeitam o “direito” das utentes, no que se refere à informação.

### **Ensino sobre a técnica da respiração**

*Ensino sobre a técnica da respiração (D5);*

---

*Ensinos sobre o período expulsivo (D1, D2, D3, D5).*

### **Ensinos oportunos**

*Ensinos oportunos (D2);*

*Feitos ensinos relativamente à analgesia, posicionamento e periodicidade da dilatação (D6, D12).*

### **Explicar tipos de analgesia**

Informada acerca dos procedimentos da analgesia que vai efectuar (D3, D9).

Um estudo, que nos parece ir ao encontro desta categoria emergente é o de Water Worth (1995), ao desenvolver um estudo em que pretendia explorar o valor da prática clínica de enfermagem, a partir do ponto de vista dos profissionais. Nesse estudo identificou quatro dimensões de enfermagem, uma delas é a dimensão – comunicação, em que o enfermeiro providencia informação ou ensino à pessoa (in Lopes, 2000).

### **PROMOVER A RELAÇÃO PRECOCE**

Dadas as características do serviço onde se realizou o nosso estudo, é com naturalidade que surge a quarta categoria: **Promover a relação precoce**, que pode ser descrita como a intervenção de enfermagem que procura fomentar/ facilitar contacto físico entre o recém-nascido, mãe, pai e família, conforme **Quadro n.º 4**.

Quadro n.º 4 – Categoria Promover a relação precoce (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Código substantivo</b>	<b>F</b>
PROMOVER A RELAÇÃO PRECOCE	Mostrar o Recém-nascido à mãe, ao pai e à família	3
<b>Total</b>		<b>3</b>

O enfermeiro procura criar laços afectivos, os *primeiros contactos entre a mãe e o seu filho são da maior importância e passam-se a nível cutâneo, pele a pele, corpo a corpo* (Cordeiro, 1987:113), como são exemplos os seguintes significados:

#### **Mostrar o Recém-nascido**

*...ela sente-se bem quando trazes o bebé, estabelece-se uma relação precoce recém-nascido/mãe/pai, é importante trazer o bebé, aproximar a mãe do filho, pai e família, nós chamamos relação precoce ao primeiro contacto recém-nascido/mãe/pai, (E6)*

*...final mostramos o bebé à mãe e aos familiares que estão à espera, também coloco o bebé à mama, se entretanto não os vierem buscar, coloca-se o bebé à mama se a mãe o desejar, há mães que não gostam. (E11)*

*...mostrá-lo à mãe, fazer com que esta lhe faça um miminho, lhe toque; (E2)*

*...mostrar o bebé à mãe após o parto, ela está tão ansiosa, vive aquele momento com grande emoção, que é o parto em si, não dá para estabelecer essa relação precoce, por isso é importante trazer-mos o bebé à mãe após o parto, (E6)*

Os conhecimentos actuais sobre as competências do recém-nascido, colocam em evidência a suas capacidades como ser humano complexo. Os estudos recentes revelam e dão ênfase, à importância do estabelecimento de relações logo após o nascimento, o toque, a atenção e a interacção verbal e não verbal. O futuro das relações da tríade familiar pai/mãe/recém-nascido, dependem muito de como o momento do parto é vivenciado e se estabelece essa relação.

Muitos tem sido os trabalhos de investigação realizados sobre esta temática, Tojal (2001:43), no seu estudo subordinado ao tema “A relação precoce pai-filho”, conclui que *as normas organizacionais, a informação deficiente dos pais..., interferem negativamente no estabelecimento da relação precoce...*. Parece-nos que os enfermeiros do nosso estudo, na sua prática, procuram estabelecer a relação precoce, mostram o recém-nascido à mãe/pai e incentivam-nos a tocar e a falarem com ele. Como refere Biscaia (2002:73), *o filho antes imaginado ou mesmo visualizado nos traços pontos da ecografia, deve, logo após o nascer ser de novo acolhido pelo corpo, pelo olhar, pelo cheiro e até mesmo em muitos dos casos pelo gosto do peito*. O enfermeiro pode e deve estabelecer um ambiente que promova e permita os contactos frequentes e positivos entre pais – filhos (Bobak et.al.1999). Siegel (1982), no seu estudo parece revelar que o contacto precoce, independentemente de um contacto prolongado suplementar, afecta favoravelmente o comportamento afectivo materno durante os primeiros dias após o parto. As primeiras horas ou dias após o nascimento, podem ser o tempo importante para a interacção pais – filhos. O contacto precoce pode facilitar o processo de apego entre pais e filhos (in Bobak et. al. 1999). Parece-nos que os enfermeiros do nosso estudo estavam despertos para tal facto, assim como para a importância do recém-nascido com a mãe e pai, como podemos verificar nos seus discursos.

## **ACOLHER**

O **Acolher** é a quinta categoria, em que o enfermeiro procura ter uma intervenção de forma a criar um ambiente acolhedor e a criar ainda, laços de confiança, **Quadro n.º 5**.

Quadro n.º 5 – Categoria **Acolher** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
ACOLHER	Acolhimento e integração	7
	Recepção	3
<b>Total</b>		10

No desenrolar das suas actividades o enfermeiro necessita de conhecer a pessoa a quem cuida e isso começa no acolhimento, como passamos a descrever:

### **Acolhimento e integração**

*...(Faço) o acolhimento, (E9)*

*...(Fazemos) o acolhimento às grávidas, (E10)*

*...acolhimento (E12)*

*...acolhimento pergunto logo em primeiro como se chama, se é o primeiro filho, também me identifico (E12)*

*...estabelecer uma relação de confiança é importante para uma boa integração da utente na SP, nós somos o elo fundamental nesse aspecto, é conseguir estreitar aquilo que separa a parturiente do exterior com a maternidade. (E6)*

*...função da enfermeira fazer a recepção, a instalação (E5)*

*...início o acolhimento à senhora, se não faço as apresentações logo no início, é porque a senhora vem muito queixosa e há outras prioridades (E8)*

*...início o acolhimento, apresento-me (E3)*

*...integrar as pessoas e que elas se sintam à vontade na sala. (E6)*

*...nós temos um papel fundamental, na realização de um bom acolhimento (E6)*

*...se nós integrarmos bem o acompanhante no serviço, ele ajuda a que as coisas corram melhor*

*Quando chega uma senhora à unidade dou início ao acolhimento e à integração na unidade, (E11)*

*Quando entra uma senhora, pergunto-lhe o nome, apresento-me também, deito-a na cama ou ajudo-a a deitar consoante a sua situação, se tem ou não ruptura. (E4)*

*...identifico-me, explico o que se vai passar durante o tempo que vai estar na SP (sala de partos), explico que vou puncioná-la, colocar o registo e explico que serve par identificar as contracções e ouvir os batimentos, a frequência cardíaca do bebé, (E10)*

## **Recepção**

A recepção que o enfermeiro efectua à utente, influencia todo o seu comportamento e atitude durante a sua permanência na unidade, todos os cuidados que lhe vão ser prestados dependem da forma como é realizado o acolhimento, como nos é descrito pelos sujeitos:

*...faço a integração na unidade à pessoa que vem. (E11)*

*...receber a senhora, (E9)*

*...receber e instalar, (E5)*

*Receber a utente, instalá-la, (E5)*

*Recebo a senhora e apresento-me, (E12)*

*As senhoras são as nossas clientes, o comportamento que irá ter aqui, depende como for recebida, (E5)*

Da análise dos documentos escritos (registos), inferimos que os enfermeiros realizam o acolhimento preconizado pelo serviço e que existe em Norma. Como são disso representativos os seguintes códigos substantivos:

## **Acolhimento/integração**

*Iniciado acolhimento na unidade (D2, D3, D4, D5, D6, D8, D11);*

*Iniciou acolhimento e integração na unidade (D1, D2, D7, D9, D10, D12).*

No desenvolvimento das diversas actividades, o enfermeiro procura identificar as expectativas da pessoa, o que mais a preocupa. Como refere Hesbeen (2001:24), *Aquilo que mais ajuda, o que mais contribui para criar o*

*sentimento de estar a ser considerado como pessoa e não como objecto de cuidados, é antes de tudo um acolhimento caloroso acompanhado por palavras reconfortantes.*

O acolhimento representa a primeira etapa da interacção do enfermeiro com a utente. “Acolher é receber em sua casa”, (Hesbeen, 2000:136) e quando recebemos alguém em nossa casa, temos a preocupação de fazê-lo sentir-se em sua casa, dando-lhe todos os dados verbais e não verbais. Como nos refere José (2002:106), *o acolhimento do doente pressupõe, assim, uma apresentação, um estado de espírito propício à adaptação da pessoa à nova situação...*”, Tudo isto proporciona ao enfermeiro uma intervenção adequada.

Assim, no momento da admissão não é primordial fazer um interrogatório, o mais importante é tranquilizar a utente, procurando prevenir a família, explicando o funcionamento do serviço. As primeiras impressões são as que mais perduram, por tudo o que foi referido, é fundamental a realização de um bom acolhimento, pois este vai facilitar todo o internamento. No serviço do nosso estudo, existe uma norma em que são especificados os passos que devem ser aplicados no acolhimento, quer relativamente à utente quer ao acompanhante. No seu estudo subordinado ao tema “Grau de Satisfação do Utente Relativamente ao Acolhimento Proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência”, Neto et. al. (2003), conclui que é fundamental que o acolhimento seja assumido como um cuidado de enfermagem

Fernandes & Vieira (2001), no seu estudo, realizado na unidade do presente estudo, consideram que o acolhimento é por excelência um cuidado de enfermagem, composto em grande parte de uma grande carga de relação/comunicação.

## POSSIBILITAR

**Possibilitar**, é outra das categorias emergentes e representa para os enfermeiros do estudo, o permitir a presença física de familiar ou amigo e realizar ou facilitar o contacto telefónico com familiares, **Quadro n.º 6**.

Quadro n.º 6 – Categoria **Possibilitar** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
POSSIBILITAR	Presença do acompanhante	1
	Contactar o marido	4
<b>Total</b>		<b>5</b>

O enfermeiro no seu contexto de trabalho deve criar um ambiente agradável e situar a sua acção na particularidade e na complexidade das situações de vida, como nos refere Hesbeen (2000:42), *o espírito da saúde pública é aquele em que o individual não é isolado do seu contexto forçosamente colectivo e em que o colectivo não ignora o indivíduo enquanto sujeito particular.*

O enfermeiro no seu contexto de trabalho procura envolver o acompanhante e família em todo o processo, como nos refere Collière (1989:177), *o pessoal de enfermagem é um agente motor do desenvolvimento dos cuidados, deixando às famílias a sua iniciativa, estimulando-as e ajudando-as, são disso representativos os seguintes significados:*

### **Contactar o marido**

*...existe sempre a possibilidade de contactar o marido ou outra pessoa que ela deseje, tenho em atenção esse aspecto. (E11)*

*Se a senhora deseja estar acompanhada e se por acaso não sabe que o pode estar, por exemplo: imagina que o marido está em casa, peço-lhe o nº*



*de telefone e peço a chamada e isso já aconteceu e se vejo que o marido é de longe, mas que ainda vem a tempo, contacto-o a dizer que a senhora quer ter ali alguém. (E11)*

### **Presença do acompanhante**

Constatamos no estudo, que para os enfermeiros era importante a presença do acompanhante como elo de ligação com o exterior e ao mesmo tempo de apoio. Também Coutinho (2000), no seu estudo identificou que os enfermeiros em relação ao pai, pretendiam não só proporcionar a vivência daquele momento, mas também valorizavam a sua ajuda inestimável.

*...acho muito bem que tenham a companhia do marido até para eles saberem o que se está a passar e saberem o sofrimento da mulher e para darem valor... e se assistir ao parto tanto melhor, para saberem o que uma mulher passa para dar à luz. (E4)*

*...acho que é importante o apoio dos maridos, (E2)*

*...procuro que o acompanhante também ajude, eles mesmo se oferecem para o fazer, (E8)*

*...quando falo procuro saber se quer ter ao acompanhante ao pé dela. (E11)*

*Eu acho que ajuda muito, se tem a companhia da mãe, do marido ou de alguma amiga, ficam mais tranquilas (E4)*

Fernandes & Vieira (2001), no seu estudo às utentes, concluíram as que orientações fornecidas pelos enfermeiros, acerca da presença do acompanhante, eram de extrema importância.

A categoria possibilitar também emergiu da análise dos documentos escritos (notas de enfermagem), em que os enfermeiros fazem referência à presença do acompanhante:

*\* A senhora encontra-se acompanhada do marido (D2, D6, D9, D12)*

*\* A senhora encontra-se acompanhada de familiar. (D1, D2)*

Da análise das respostas dos sujeitos do estudo, encontramos ainda as seguintes categorias: Mostrar Afecto, Confortar, Estar disponível, Estar Solidário, Possibilitar e Ter Simplicidade. Da análise dos registos emergiu a categoria Confortar, não se encontrando nenhuma das outras categorias. Após esta análise surgem-nos as seguintes questões: Porquê essa ordem de categorias? Estará relacionada com a importância que o enfermeiro lhe atribui? Estará relacionada com a pessoa que recebe cuidados? Na reunião de validação das entrevistas, os enfermeiros referiram que esta ordem das categorias não tem directamente a ver com a sua prioridade ou importância, pelo contrário, esta organização, segundo os enfermeiros do estudo, depende acima de tudo da pessoa que recebe cuidados e das suas necessidades, bem como do número de partos por turno, o que muitas vezes para eles pode condicionar o desenrolar de todas as suas actividades.

Estas últimas categorias não fazem parte de nenhum manual ou normas, resultam sim, da interacção enfermeiro / pessoa que é cuidada e de toda a criatividade que o enfermeiro usa no processo de cuidados. Como refere Collière (2003:411), *cuidados centrados na pessoa, cuidados que valorizam as relações humanas*.

## **MOSTRAR AFECTO**

Definimos esta categoria como atenção ao outro, simpatia acompanhada de carinho e apoio, **Quadro n.º 7**.

Quadro n.º 7 – Categoria **Mostrar afecto** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
MOSTRAR AFECTO	Carinho	4
	Dar a mão	3
	Tocar	3
<b>Total</b>		<b>10</b>

Para Watson (2002:55), o cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. E ainda para a mesma autora as pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa. O amor e o cuidar são dois dados universais.

Também Collière (1989:155), nos diz que *o cuidar é o aprender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado, leva os enfermeiros a querer reflectir sobre as suas emoções e atitudes que acompanham os cuidados*. Pineda et. al. (2001), no seu estudo sobre “Estão satisfeitas as mulheres com atenção proporcionada pelas enfermeiras durante o trabalho de parto”, encontraram a categoria emocional, consideraram-na como uma consequência psicológico-afectiva característica do processo do parto e da relação que se estabelece entre a enfermeira e a utente e ainda o acompanhante.

Para Manoukian & Masseur (1995), é com os seus corpos, as suas palavras e a sua afectividade que a pessoa entra na relação, a afectividade é o elemento central. Os significados que se seguem são disso exemplificativos:

### **Carinho**

*...apoio, o carinho (E6)*

*...carinhosos para as senhoras (E4)*

*...demos carinho, demos apoio, demos simpatia, (E5)*

*...dou atenção, carinho, (E6)*

*...transmitir algum carinho, algum aconchego (E3)*

*...dar mais apoio, (E3)*

Dar é muito importante, como refere Fromm (2002:47), *Dar gera mais satisfação e mais alegria do que receber*. Watson, na linha de Lenniger (1985, 1988), recorre ao método fenomenológico para estudar um grupo de utentes de culturas diferentes, deu grande relevo aos aspectos emocionais e sentimentos. Isso também parece emergir do discurso dos enfermeiros do

---

nosso estudo. Um estudo que também parece ir ao encontro do nosso é o de Silva et. al. (2001), em que dos discursos das utentes emerge como cuidados de enfermagem o carinho, paciência e educação.

### **Dar a mão**

*...em que ela estava aflita e eu dei-lhe a mão, (E9)*

*...se ela de 2 em 2 minutos refere que tem contracções dolorosas, está retraída e não tem analgesia epidural, quando isso acontece fico ao pé dela, faço aquilo que devo fazer, dou a mão se for preciso, ela pode segurar a mão ou a bata, vou estando (E10)*

*...faço uma festinha no braço ou na cabeça (E12)*

Benner (2001:88), refere que as enfermeiras utilizam muitas vezes o toque para reconfortar um utente fechado ou deprimido. Este tipo de contacto cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação. Silva (2001:9), refere que o motor dos cuidados são essencialmente os gestos e a palavra, o que também parece emergir no nosso estudo, como são disso representativos os seguintes significados:

### **Tocar**

*...o tocar o sorrir, o olhar, (E12)*

*...tacto transmite confiança em tudo, mesmo no bebé, se tocarmos o bebé ele também se acalma, toco a senhora, (E12)*

*...toco muitas vezes a senhora, faço uma festinha, quando vou ver se a senhora está bem. (E12)*

*Eu quando chego ao pé duma senhora toco-a sempre e na SP ainda é mais importante e normalmente se tocarmos uma senhora ela por norma coloca a sua mão sobre a nossa, é sinal de que precisa desse contacto, (E9)*

*...não lhe consegui transmitir por palavras o meu apoio, quer dizer a única de o transmitir era segura-lhe a mão, fazer-lhe umas festas, porque por palavras eles não percebiam o que eu solidária com a sua situação, (E3)*

O toque é uma das modalidades artísticas do cuidar que pode ser utilizada mais facilmente, pode ajudar a integrar e harmonizar, dar conforto, totalidade, integridade e dar mesmo um sentido de segurança como nos refere Watson (2002). Para Nightingale, o toque indica a parte básica da arte

de enfermagem. Spear (2003:141), na sua reflexão sobre a prática profissional, refere que *como enfermeiros, somos chamados e privilegiados a exercer a nossa arte e profissão ministrando cuidados e apoio físico, emocional e espiritual; o estabelecimento de relações enfermeiro/doente que favorecem um toque pessoal terapêutico; e acima de tudo, um reconhecimento e o respeito da dignidade humana.*

As trocas humanas no cuidar, incluem o uso único que o enfermeiro faz do seu *eu* através do toque, sons, palavras ..., Watson (2002). Também Marques (2000), no seu estudo identificou que alguns utentes perceberam o toque por parte de alguns enfermeiros, como o despertar de emoções, estavam sensibilizados para o estabelecimento de uma interacção carinhosa.

No seu estudo Veladas (1997), sobre o comportamento da enfermeira junto da utente durante o parto, identificou que o olhar e o tocar a mesma, eram comportamentos que pareciam ter acontecido por acaso, manifestava-se de forma mecanizada, pouco reflectido e quando acontecia estava associado à informação à qual aguardava resposta. Relativamente à análise que efectuamos, pareceu-nos que os enfermeiros ao tocarem as utentes o fazem com intenção e para demonstrar afecto.

## **CONFORTAR**

Todos os profissionais numa equipa de saúde anseiam por ajudar o utente, criar um clima de confiança e de comunicação terapêutica, como nos refere Adam (1994), cabe ao enfermeiro demonstrar por palavras e por actos que tem uma atitude de ajuda e ao mesmo tempo que a pessoa que é cuidada o identifique. As palavras e os gestos de conforto e encorajamento desenvolvem-se numa relação de cuidados... (Manoukian & Masseur, 1995).

Como nos refere Hesbeen (2000:70), o conforto não se limita à colocação de uma almofada, mesmo que por vezes, só esse gesto já seja muito delicado. Mas é mais que isso como nos refere o mesmo autor, é todo um conjunto de elementos que vão permitir a um beneficiário de cuidados e aos seus familiares sentirem-se numa situação confortável e em segurança.

Definimos a categoria **Confortar** como proporcionar conforto e segurança, não só no ambiente mas também através do alívio das contracções dolorosas. Como exemplificamos a seguir, de acordo com os códigos substantivos, **Quadro n.º 8**.

### **Conversar**

*...falo com a senhora, apresento-me e começo a conhecer a senhora (E11)*

*...incentivos (E8)*

*...saber estar no momento correcto e como é óbvio com toda a delicadeza e dedicação. (E7)*

*...converso um bocado com a senhora par ver se ela tem problemas ou algum medo em que eu possa ajudar, mas isso faço ao longo de todo o tempo, não é um momento apenas, vai sendo uma conversa, (E2)*

*A senhora está num meio desconhecido, deve sentir confiança em quem a recebe, porque marca muito, é o primeiro impacto, (E5)*

*...(conversar), de estar com as senhoras, conversarmos com as senhoras, e não nos afastarmos quando a senhora necessita, não afastarmos a mão. (E9)*

*...comunicar com ela para que se sinta bem e que se crie uma interacção, (E6)*

*...cuidar passa pela comunicação que estabelecemos com as senhoras, (E6)*

*...está a comunicar com ela, (E6)*

*...falo com ela, conversar, tirar os medos muitas vezes elas acabam por ficar com dores porque estão muito ansiosas e às vezes falamos um bocado com elas e acaba por aliviar, às vezes não é dor mas a ansiedade. (E1)*

*...também falo com ela. (E8)*

*...conversamos bastante com as pessoas, tentamos que elas emitam o seu parecer e dúvidas sobre a sua situação, (E7)*

*...observando, dialogando com ela, é uma maneira de estar, de saber as dificuldades que tem, conversando com ela é que sei se ela tem dores, se não converso com ela não sei, (E5)*

Quadro n.º 8 – Categoria **Confortar** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
CONFORTAR	Conversar	8
	Ajuda/apoio	4
	Confortar	3
	Criar um ambiente seguro	3
<b>Total</b>		18

Da comunicação que o enfermeiro estabelece com a utente emerge a interacção, em que procura identificar as necessidades, de forma a ajudar/apoiar naquele momento tão importante. De facto, só os enfermeiros permanecem de serviço junto da utente vinte e quatro horas por dia, durante sete dias da semana, o que favorece a relação terapêutica baseada no saber escutar e saber apoiar (Pearson & Vaughan, Bottorff & D’Cruz, 1984, in Ribeiro, 1995).

Silva et. al (2001), no seu estudo “Cuidados de Enfermagem: o sentido para enfermeiros e utentes”, com o objectivo de compreender o conceito de cuidados de enfermagem para os enfermeiros e utentes, concluiu que a conversa e a escuta com a pessoa cuidada, foram acções que os enfermeiros consideraram como cuidados de enfermagem, considerando que para um cuidado humanizado o diálogo é fundamental. Mas para que ele ocorra, segundo as mesmas autoras, é imprescindível que aconteça entre o enfermeiro e o utente, o encontro e a relação.

### **Ajuda/apoio**

*...ajuda a nascer, ajuda a dar a vida, ajudar a mãe a ter os filhos da melhor maneira possível. (E1)*

*...ajudar em várias coisas, para além de minimizar a dor e que as coisas corram bem, (E1)*

*...dou apoio psicológico, que é fundamental para quem depende de nós, (E6)*

*...estabelecemos uma relação de ajuda com as pessoas que temos à frente, mãe/família, (E6)*

*...estabelecer uma relação de ajuda, (E6)*

*...estou junto dela para ajudar, ou sempre que a mesma o solicita. (E8)*

*...prestar-lhe todo o apoio e segurança, (E5)*

*...sempre que a senhora me o solicita ou eu tenho a percepção que ela precisa de apoio. (E3)*

*...tenham principalmente menos dores ou que aquele momento seja de alegria (E1)*

*...tento ajudar naquilo que posso, (E3)*

*Ela pode ter uma diabetes gestacional, uma HTA, ou mesmo ser um caso social, tento inteirar-me do assunto a fim de minimizar as suas carências (E3)*

No seu estudo, “ Percepção Significativa dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados”, Marques (2000), os utentes sentiam-se acompanhados e confortados pelos enfermeiros. Do nosso estudo podemos inferir que na opinião dos enfermeiros, é extremamente importante acompanhar e confortar as utentes durante o seu internamento.

### **Confortar**

*...acompanhei-a, tranquilizei-a (E12)*

*...confortá-la (E8)*

*...mãe sinta em nós o conforto e segurança para os passos que vêm a seguir. (E5)*

### **Criar um ambiente seguro**

*...criar um certo ambiente à senhora, é descontraír a senhora, (E2)*



*...sermos capazes de naquele momento termos o mínimo de comentários possível e transmitir o máximo de segurança, (E1)*

*...transmitir a segurança e calma..., (E1)*

Ribeiro, (1995), faz referência a um estudo de observação desenvolvido por Lenninger na década de 50, realizado em vários contextos culturais, onde utilizou o método etnográfico, para continuar a defender, já em 1970, que o cuidar é essencialmente fornecer *apoio, conforto, segurança e ajuda ao paciente*. Parece-nos poder afirmar que os enfermeiros do nosso estudo, também se enquadram nessa perspectiva de cuidados.

## **ESTAR DISPONÍVEL**

No seu contexto de trabalho, muitas vezes o enfermeiro depara-se com a falta de tempo e disponibilidade para estar com a utente, mas como nos refere Hesbeen (2000:104), *a disponibilidade permite ao prestador de cuidados mostrar que está ali presente a tal pessoa. Revela uma atenção particular. Permite escutar serenamente – não de uma maneira artificial e apressada entre duas tarefas, por vezes entre duas portas, responder às perguntas, identificar as inquietações ...*

O enfermeiro enquanto profissional de saúde tem como dever de prestar cuidados, para os quais possui competências, mas esse dever implica disponibilidade, essa deve ser relacionada com a situação concreta da pessoa a quem são prestados os cuidados, tendo sempre presente a pessoa como ser *único e indivisível e autónoma*.

O profissional de saúde no momento de cuidar, deve ter uma presença autêntica e dar atenção à pessoa que está a ser cuidada, como nos refere Watson (2002:179), *a ênfase está na relação, no estar com, na constância e continuidade*. O eixo dos nossos cuidados deve ser *a relação com o doente* (Collière; 1989).

A categoria **Estar disponível**, foi descrita como transmitir disponibilidade e estar presente e atento às necessidades da utente. Como podemos verificar pelas entrevistas as enfermeiras preocupam-se com as necessidades das utentes, **Quadro n.º 9**.

Quadro n.º 9 – Categoria **Estar disponível** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
ESTAR DISPONÍVEL	Estar presente	8
	Disponibilidade	4
	Dar tempo/espaço	4
	Acompanhamento	3
	Elo de ligação com outros profissionais	3
<b>Total</b>		<b>22</b>

### **Estar presente**

*...às vezes sentem-se completamente abandonadas se não estivermos lá ao pé delas e elas sentirem que nós estamos ali, (E1)*

*...estar ao pé das senhoras (E4)*

*...estar mais, mais tempo inteiro com a utente. (E3)*

*...estar presente continuamente – percebes – eu acho que às vezes podia estar mais, penso que às vezes nesse sentido não dou o meu melhor, ou porque não consigo, ou porque há muito trabalho, ou porque estou demasiado cansada, ou porque me entusiasmo com as conversas, ou com outros, disperso-me um bocado, (E3)*

*...fui à porta do quarto e disse: “eu não me esqueci de si, só que ainda não pude vir cá, quando tiver cinco minutos venho cá”, fiz isso porque se não a senhora pensava que estava abandonada, (E9)*

*...vou estando (E10)*

*Estar ao pé da pessoa, (E1)*

*Estar presente o mais possível, conversando com a senhora, (E3)*

Parece-nos que os enfermeiros consideram os cuidados como o compartilhar o momento, perspectiva que se enquadra no processo de cuidar *estar com* de Swanson (1991). Como refere Boykin & Schoenhafer (2003), o enfermeiro explicita um desejo de estar verdadeiramente presente, junto dos que recebem os seus cuidados, essa presença permite-lhe ouvir histórias pessoais de esperança e sonhos, pensamentos e sentimentos, que permitem ao enfermeiro compreender e criar respostas mais adequadas à necessidade de cuidados.

### **Acompanhamento**

*...acompanhamento das senhoras o seguimento da senhoras, as colegas já referem “esta senhora é minha”, (E8)*

*...Faço-lhe companhia e pergunto-lhe se tem alguém para a acompanhar. (E12)*

*Eu quando tenho uma senhora distribuída tento estar presente, tento seguir, estar próxima e não me afastar muito, (E11)*

Da análise dos discursos, assim como da nossa prática profissional, verificamos que em certas situações e circunstâncias as utentes tem dificuldade em expressar as suas dificuldades/necessidades, é necessário dar tempo e espaço para que elas as transmitam.

### **Dar tempo/espaço**

*...(sinta que) o enfermeiro estava presente quando ela precisava. (E6)*

*...dar tempo, espaço, conversar, (E10)*

*Muitas pessoas conseguem definir o que necessitam em determinado momento quando estão em TP, mas há outras, que sei lá, devido ao seu estado sócio-cultural, à sua situação e até à sua timidez e até mesmo à situação que não é vivenciada com muita frequência, leva as pessoas a estarem ansiosas e a ficarem tímidas e com dificuldade em dizer as suas necessidades. Acho que é nosso dever estarmos despertos para essa pessoa. (E7)*

*...conversarmos com a senhora, para elas perceberem que estamos com elas, eu até posso não estar ali o tempo todo, estás a perceber, mas acho*

*que quando estou, estou mesmo, dar-lhe espaço para que eles digam as suas dúvidas, conversem, (E3)*

A escuta, é uma competência que o enfermeiro deve procurar desenvolver no âmbito de uma conversa ou de uma relação de ajuda (Rispaill, 2003). Na relação entre as pessoas, estar concentrado significa sobretudo ouvir. A maior parte das pessoas ouve os outros, chega mesmo a dar-lhe conselhos sem estar realmente a ouvir (Froom, 2002). Como nos refere Hesbeen (2001:69), *Escutar não é procurar dizer ao outro o que deve fazer, mas sim permitir-lhe exprimir o seu sofrimento, as suas dificuldades ou as suas incertezas. Para o mesmo autor, o prestador de cuidados deve demonstrar disponibilidade, não em termos de tempo, mas sim a que reflecte uma presença do outro e a intenção real de cuidar. A escuta que permite acolher a palavra do outro, que se pretende ajudar, graças à expressão das suas inquietações ou do seu sofrimento (Hesbeen, 2000:16).*

### **Disponibilidade**

*...demonstro disponibilidade, desde me apresentar a sr<sup>a</sup> e dizer que não posso estar ali permanentemente, mas que pode chamar-me sempre que necessite (E12)*

*...é estarmos ali disponíveis, é a disponibilidade, (E9)*

*...mostrarmos disponibilidade, se estão disponíveis, disponíveis para ouvir e para poderem ajudar, as coisas funcionam muito melhor. (E6)*

*Muitas vezes não é necessário falarmos, basta ouvirmos, (E6)*

*O cuidar é isso mesmo, conversamos, dialogamos, apresentamo-nos, estabelecemos uma relação de ajuda, disponibilizamo-nos, estamos disponíveis para eles esporem as suas dúvidas, os medos, receios, temores que têm. (E6)*

*...eu fui conversar com o marido e ele chorava ao pé de mim e agradeceu, (E10)*

Gomes (1999), no seu estudo, identifica a disponibilidade dos enfermeiros como sendo muito importante na prática de cuidados, indo mesmo essa

disponibilidade além do próprio horário de trabalho. O enfermeiro na sua prática deve ter uma atitude subtil e estar desperto para as necessidades da pessoa e criar relacionamentos com a mesma, para a acompanhar e caminhar com ela (Hesbeen, 2001).

O enfermeiro no seu dia a dia, vê-se muitas vezes no papel de “advogado”, é ele que contacta outros profissionais e procura dar resposta aos problemas da utente. Parece-nos que vai de encontro ao estudo de Ribeiro, (1995), do *Cuidar e Tratar*, em que ela conclui que uma enfermeira competente deve actuar antes de mais como uma advogada dos utentes.

### **Elo de ligação com outros profissionais**

*...falamos, conversamos, ouvimos, por vezes somos o elo de ligação para os problemas da senhora com os outros técnicos: assistentes sociais, médicos, psicólogos e outros, (E6)*

*...se a senhora tiver dores vou contactar com o obstetra ou com o anestesista, consoante a situação, (E11)*

*...trato da senhora, se vem puncionada, muito bem, se vem na altura certa para fazer analgesia e epidural eu oriento as coisas nesse sentido. (E8)*

Dupas et. al. (1998), no seu estudo subordinado ao tema “Percepções da enfermeira sobre a assistência prestada à família e à criança portadora de cancro”, conclui que cuidar da família é estar disponível. O que parece ir de encontro ao nosso estudo.

Da análise dos documentos escritos (registos) inferimos que os enfermeiros do nosso estudo procuram estar disponíveis, como elo de ligação com outros profissionais, como é disso representativo o seguinte exemplo:

*Contactado o anestesista para colocar cateter epidural, por referir contracções dolorosas (D3, D6, D9, D12).*

## ESTAR SOLIDÁRIO

O enfermeiro no seu contexto de trabalho não pode fugir do seu encontro com o outro, uma vez que o encontro é inerente a todas as situações de vida (Renaud, 2000). Ninguém se pode colocar no lugar do outro, mas deve procurar ajudá-lo, dando-lhe e valorizando uma atenção particular num ambiente cada vez mais técnico e científico (Hesbeen, 2000).

A categoria **Estar solidário**, foi descrita como sendo a partilha entre o enfermeiro – utente, em que o mesmo lhe transmite confiança e ajuda-a a ultrapassar as suas dificuldades e medos, **Quadro n.º 10**. Para criar laços de confiança é necessário que o prestador de cuidados vá ao encontro de quem recebe cuidados e iniciar a segunda etapa da sua intervenção, que é caminhar com ela (Hesbeen, 2001). Também Benner (2001:12), nos diz que, *as práticas do cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto*, o enfermeiro no encontro com o outro, nunca perde a intencionalidade das suas acções e os seus objectivos. Surge então uma questão, será que os enfermeiros conseguem manter o distanciamento necessário e a sua intencionalidade? Como o fazem? O exemplo é disso significativo:

*Chorei, porque comecei a ficar extremamente preocupada com a senhora, foi uma situação que me preocupou imenso, eu estive sempre muito em cima, porque pensei que era necessário estar (E3)*

Quando por nós confrontada referiu, que aquela atitude se devia ao facto de ser mãe e de a filha ter problemas cardíacos e acrescentou que foi muito difícil aquele momento, sentindo mesmo dificuldade em lidar com a situação, mas salientou, que era importante a experiência e os anos de serviço. Como nos refere Watson (2002), os indivíduos transportam para a relação histórias de vida e um campo fenomenológico que é experienciado por cada um de modo único (de acordo com as suas experiências anteriores) e cada um é influenciado pela natureza do momento, para o bem ou para o mal, dependendo da intencionalidade e autenticidade.

Quadro n.º 10 – Categoria - **Estar solidário** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Códigos substantivos</b>	<b>F</b>
ESTAR SOLIDÁRIO	Partilha	7
	Aliviar a dor	3
	Ultrapassar os medos	3
	Solidário	3
	Atenção	1
<b>Total</b>		<b>17</b>

Como nos refere ainda Watson (2002), quando duas pessoas se juntam num dado momento, cria-se assim uma ocasião única para cuidar. Assim quando duas pessoas se juntam existe, partilha. No desenvolvimento do processo de cuidados a utente deve sentir-se apoiada e acompanhada pelo enfermeiro na satisfação das suas necessidades fundamentais (Marques, 2000).

### **Partilha**

*..., todo o envolvimento, é eu saber situar-me dentro daquela pessoa, é conseguir perceber a forma mais correcta de me relacionar com ela. (E7)*

*...através de experiências pessoais as pessoas ficam muito mais descansadas, por exemplo: explico que fiz a epidural, que correu tudo bem, que não me custou nada, contar um caso não entrando em grandes pormenores elas ficam muito mais descansadas, é criar uma certa empatia entre a enfermeira e a cliente e até o marido e familiar ou acompanhante. (E2)*

*...consigo perceber se ela está bem ou não – percebes – eu percebo isso e tento que ela se manifesta, que diga se há alguma coisa que a perturbe, se está com medo do parto (E3)*

*...devemos ir para além do ser simpático e até empático, digamos colocarmo-nos no lugar do outro, (E7)*

*...estar presente e continuar a dar, dar de si, dar de nós, para os outros se sentirem bem, pronto, comunicar. (E6)*

*...saber que aquela senhora não está a manifestar naquele momento concreto uma dor, mas nós até visualizamos no fâcias da senhora que ela não está bem, que está com dor, mas possivelmente nem sequer o manifesta com receio ou falsos mitos (E7)*

*Às vezes falamos dos filhos que a senhora tem em casa, como vai ser com o nascimento desta criança, é uma conversa contínua, (E10)*

*Converso com elas sobre as experiências anteriores, sobre a gravidez actual, sobre as fazes do TP, sobre os filhos que ela já teve, se já teve filhos ou não, como foram os partos, se foram demorados ou não, se foram experiências traumatizantes ou não, se foram assistidos ou não. (E11)*

*Converso sobre outras coisas que não seja aquele momento, basicamente é isso, dou-lhe muito tempo e espaço para ela falar, para ela perguntar, muitas vezes falamos de outras coisas que não sejam o TP, (E10).*

*...falar-lhe calmamente, pedir a sua colaboração, (E1)*

Watson (2002:60), refere-nos que devemos ter uma *atenção individual para e preocupação por...* Ainda para a mesma autora, é importante a capacidade do enfermeiro compreender e detectar sentimentos e a condição íntima do outro. Pode fazer isso através das acções, palavras, comportamentos, linguagem corporal, sentimentos, pensamentos, intuição e outros, sendo ainda muito importante, as experiências pessoais do enfermeiro. É muito importante a partilha de experiências quer do enfermeiro quer do utente, como nos refere um dos enfermeiros:

*...só com este relacionamento e vivência, é que conseguimos distinguir do que ela é ou não capaz de manifestar, todas as suas preocupações, (E7)*

O encontro entre o cuidador e a pessoa que é cuidada, no contexto do cuidar, deve ser revestido de intencionalidade, com objectivos concretos, tendo sempre como finalidade o restabelecimento das necessidades.

### **Aliviar a dor**

*(Penso) ...“esta senhora está a precisar de algo para lhe retirar a dor” (E8)*



*...(procuro) aliviar a dor à senhora, por exemplo com ensinios sobre a respiração (E11)*

Ou numa situação de medo pelo desconhecido, ou como resultado de outras situações, o enfermeiro procura estar atento, desperto e solidário com a pessoa, de modo ajudá-la.

### **Ultrapassar os Medos:**

*...detectamos medos ocultos que ela está a manifestar e procuramos maneira de dar a volta e de levar as coisas a bom fim. (E5)*

*...desmistificados todos os medos e receios que ela trazia. (E7)*

*...combatendo os medos (E5)*

*...ajudar a dar a informação, minimizar todos os medos, de esclarecer tudo o que se vai passar aos seus familiares (E1)*

Coutinho (2000), no seu estudo “Uma Perspectiva Cultural de Cuidar no Parto”, refere que o descodificar e respeitar crenças e desmistificar os medos da utente, adquiriu centralidade no significado que os enfermeiros atribuem ao cuidar. Inferimos que os enfermeiros do nosso estudo também o fazem, quando confrontados com o sofrimento da utente no seu dia a dia, procuram estar solidários com ela e com a família.

Muitas vezes o enfermeiro no seu ambiente de trabalho enfrenta situações complexas, que envolvem as suas emoções, em que partilha com a pessoa e que ao mesmo tempo procura transmitir calma e segurança. Como nos refere Rispaill (2003:31), *... a troca de emoções percebidas, sentidas, abre um espaço de partilha humana, bastante afastada dos discursos racionais ou científicos, de soluções chave sempre à mão. É fundamental ser capaz de aceitar a complexidade e a incerteza.*

Neste contexto, parece-nos que o enfermeiro procura ir ao encontro e ajuda à utente, sendo solidário com ela, muitas vezes partilhando os maus

momentos, sem contudo esquecer o seu profissionalismo e sabendo manter o seu devido distanciamento.

### **Solidário**

*(É muito difícil), ...transmitir (más notícias) a outras pessoas, às grávidas, mães aos pais. (E1)*

*...é complicado dizer a um pai ou a uma mãe que o bebe é mongolóide, dizer que o bebe não está assim tão bem, (E1)*

*...é conseguir fazer, ter a percepção de que a senhora vai precisar de algo, é o saber distinguir (E7)*

*...tentar que ela perceba que estamos ali para ajudar aliviar de certo modo o sofrimento que lhe vem a causar o parto. (E3)*

Talento (2000), refere-nos, que quando a ciência moderna nada mais tiver para oferecer à pessoa, a enfermagem pode continuar a utilizar a fé – esperança, pode oferecer uma sensação de bem-estar (in Rocha, 2003).

### **Atenção**

*Atenção, eu acho que isso acontece quando há um entrosamento, basicamente falo, dou tempo, atenção, passo muito tempo com ela (E10)*

No seu estudo, Bettinelli (1998), diz que a solidariedade é um processo de construção gradual, através da partilha de conhecimentos e de sentimentos, podendo levar a uma aproximação mais autêntica e verdadeira entre o profissional e o utente, ocasionando maior satisfação às pessoas e maior valorização da vida. É importante a partilha entre quem presta e quem recebe os cuidados de modo a criar laços de confiança, como nos referem os enfermeiros do estudo. Também Vieira (1995), nos refere que o enfermeiro quando cuida de alguém, pretende proporcionar-lhe bons cuidados, pelo que o seu papel de defensor não pode ser esquecido.

Torna-se primordial, cultivar a capacidade de estar autenticamente presente para o “eu” e para o “outro”, para nos abirmos à experiência de *um momento* de cuidar no singular. Como nos refere Hesbeen (2000:10), o *cuidado é exactamente no singular que há que o escrever, pois a atenção particular contida no cuidar nunca pode ser senão única.*

Magão (1992), procurando identificar a estrutura essencial do fenómeno “cuidar”, desenvolveu uma pesquisa de orientação fenomenológica, inspirada em Watson e Leninger, recorrendo a entrevista e utilizando para a amostra docentes de uma escola superior de enfermagem. Da análise de conteúdo das entrevistas, foram identificadas asserções relacionadas com os factores de cuidar de Watson. São disso exemplificativos os seguintes significados:

*...preocupação com o outro como pessoa,*

*...cuidar implica que eu esteja atento ao outro;*

*...cuidar realmente é perceber o que se passa com as pessoas ... compreender o que se passa com as pessoas no seu contexto (in Raposo, 1996).*

## **TER SIMPLICIDADE**

**Ter simplicidade**, foi descrito como a utilização de uma linguagem simples e acessível para a utente e familiares, **Quadro n.º 11**. No contexto de trabalho o enfermeiro tem de ser mestre de duas línguas, a língua da ciência e a língua do povo (Watson, 2002).

Para Hesbeen (2000:104), a simplicidade *caracteriza-se tanto por um comportamento como pelo recurso a uma linguagem acessível*. Como nos refere o mesmo autor os ares de sabedoria e as palavras exageradamente complicadas podem dar uma imagem séria, mas que muitas vezes não facilitam o estabelecimento de uma relação de confiança. Também Benner

(2001:190), nos refere ...a linguagem que as enfermeiras utilizam nas suas relações de ajuda, é diferente da de outros profissionais de saúde. Os enfermeiros exprimem-se pela maneira de ser e pela utilização de uma linguagem acessível, compreensível para com a pessoa que estão a cuidar. Isso revela que a pessoa está consciente dos seus limites mas pretende ajudar (Hesbeen, 2001).

Quadro n.º 11 – Categoria **Ter simplicidade** (n.º 12)

<b>Categoria</b>	<b>Código substantivo</b>	<b>F</b>
TER SIMPLICIDADE	Linguagem simples e clara	5
<b>Total</b>		5

### **Linguagem simples e clara**

*(Utilização de uma) ...linguagem mais científica que nós temos que desmistificar, o que eu penso que é fácil, mesmo que as pessoas tenham pouca informação. (E7)*

*...explico de uma maneira muito sucinta e clara o que se vai passar com elas. (E9)*

*...pessoas percebem se explicarmos, até compreendem, (E9)*

*...procuro inteirar-me que conhecimentos tem a senhora há acerca disso e a partir daí vou adequar-me ao nível de conhecimentos da pessoa, tento explicar, ser o mais explícita possível, (E8)*

*...que a pessoa se sinta à vontade quando está a comunicar connosco, (E6)*

*...uma pessoa mais tímida, mais inibida, mais introvertida, temos que despoletar, fazer com que ela nos diga alguma informação ou preocupação, (E7)*

*...médico executa a técnica e vai-se embora e tu ficas a explicar, a traduzir, tu serves um bocado de tradutora, imagina uma senhora eu está em período expulsivo, ninguém lhe explicou como é que se deve posicionar, que deve encher o peito de ar na contracção, que deve fazer força como se estivesse*

*a fazer cocó, ensinar a respirar no intervalo das contracções e durante as mesmas. (E2)*

Esta categoria parece-nos ir ao encontro do mais recente trabalho de Buresh & Gordon (2004), em que focam a importância da utilização de uma linguagem corrente em prol da gíria hospitalar e dos termos técnicos que muitos profissionais de saúde automaticamente utilizam.

Após esta análise e vamos fazer referência a outros tipos de estudo, Carvalho (1996), na sua Dissertação de Mestrado, estudo exploratório com o objectivo de “Analisar as representações sociais dos vários actores sobre a humanização/desumanização dos cuidados de saúde” com incidência prática em situações concretas do dia-a-dia, concluiu que os valores da prática de enfermagem devem ser éticos/morais e técnicos/científicos, e incluírem o humanismo, o holismo, a solidariedade, o sigilo, a comunicação, o saber ....

Algumas das nossas categorias parecem ir de encontro das directivas da CEE, que regulamentam os aspectos ligados ao exercício da actividade profissional das parteiras, no que se refere ao artigo 4.º da Directiva 80/155/CEE, de 21 de Janeiro, mais precisamente as seguintes actividades: “assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero, pelos meios clínicos e técnicos apropriados; fazer o parto normal quando se trate de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e em caso de urgência, fazer o parto de apresentação pélvica; examinar o recém-nascido e cuidar dele, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata”.

Parafraseando Veladas (1997:89), *devemos revelar a nossa actuação como enfermeiros, não só a dimensão técnica tão importante, mas também a dimensão humana/relacional que a nossa profissão exige*. Por tudo o que foi dito, os enfermeiros que possuam uma compreensão profunda dos elementos essenciais de enfermagem e a capacidade de desenvolver e

utilizar os sistemas de cuidados que os protegem, tornam-se peritos no seu desempenho. Um dos maiores desafios da enfermagem, é ser capaz de passar das descrições detalhadas de doentes singulares e do seu cuidado, para a esquematização de como esse cuidado está a ser prestado com igual qualidade (McSweeney, 2003).

*(A vertente relacional) Não é uma coisa que consigas fazer imediatamente, é todo um trabalho que vamos fazendo com a senhora, desde o acolhimento. Todo este relacionamento, toda esta envolvência, vamos pouco a pouco absorvendo o que ela necessita (E7)*

*...proporcionar ao mesmo tempo, enfim..., tudo aquilo que ela necessita em relação à sua situação..., é evidente que ela pode ter outros problemas associados, devo tentar resolve-los (E3)*

Swanson (1991), desenvolveu três estudos recorrendo ao método fenomenológico, utilizando a observação participante e entrevistas. Identificou cinco categorias ou processos de cuidar – conhecimento, estando com, fazendo por, tornando apto, mantendo a esperança/confiança e propôs sub dimensões que se referem a operacionalização de cada categoria, como por exemplo, *o conhecimento centrado na pessoa a cuidar, o pedido de sugestões, a partilha de sentimentos, o proporcionar conforto, a antecipação das necessidades, o dar informação e o reduzir a distância entre o enfermeiro e o utente.*

Lopes (2000), no seu estudo investigou as orientações dos enfermeiros sobre as suas concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral, sentiu necessidade de criar um tema denominado “binómio enfermeiro - doente/utente” e na sua interacção. O enfermeiro encara e valoriza a pessoa como um todo, que identifica áreas problemáticas mas que não se sente preparado para agir, principalmente a nível relacional. Os cuidados de enfermagem não são apresentados como uma totalidade, mas como uma soma de duas partes. Os enfermeiros desse estudo, esquecem que qualquer acto, seja ele de que natureza for, é um acto relacional, não definem o que é a parte humana dos cuidados. A perspectiva dos cuidados de enfermagem

por parte dos sujeitos do nosso estudo, contraria essa perspectiva, uma vez que para eles são cuidados de enfermagem globais e personalizados.

Lopes et. al. (1995:212), no seu estudo de dois casos sobre a temática “Cuidar na perspectiva de Roper, Logan e Tierney”, também conclui que: *Os cuidados de enfermagem globais e personalizados assumem uma importância marcante, quer no sistema de saúde, quer na humanização dos cuidados. Consideram que a ênfase deve ser colocada sobre a repercussão que a doença tem sobre a pessoa, e sobre o cuidado à pessoa e não na doença.*

Outro estudo que nos parece vir ao encontro do nosso, é o modelo integrado desenvolvido por Valentino (1989), a partir de dados recolhidos sobre a percepção de enfermeiros e utentes, acerca das suas experiências de cuidar e ser cuidado, o que lhe permitiu concluir que o cuidar comporta acções muito diversificadas e complexas (in Ribeiro, 1995).

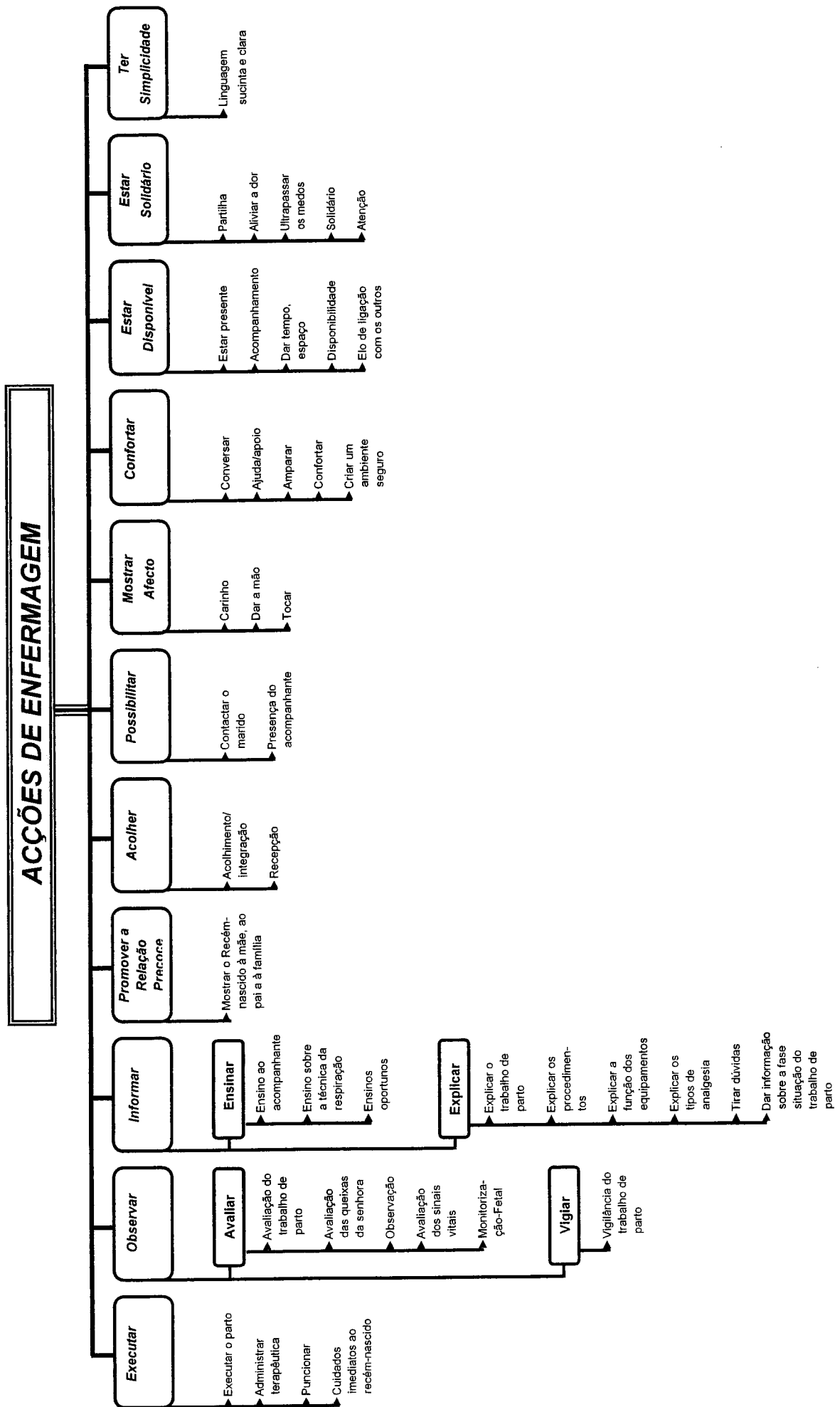
Como já fizemos referência anteriormente, do discurso das enfermeiras emergiram as seguintes categorias, conforme **Figura 1**. Mas será que os cuidados de enfermagem, percebidos pelas utentes podem ser englobados nessas categorias? Para dar resposta a esta questão, vamos fazer referência a um estudo realizado sobre a mesma temática e no mesmo serviço, mas na perspectiva das utentes, foi realizado por Vieira, enfermeira a exercer funções na Sala de Partos, e a frequentar o Mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. O estudo foi realizado em simultâneo com o nosso. Do mesmo emergiram as seguintes categorias: *Executar, Observar, Informar, Estar Disponível, Confortar, Mostrar Afecto, Estar Solidário, Intervenção Humorosa e Promover a Relação Precoce*. No nosso estudo não foi identificada a categoria *Intervenção Humorosa*, mas as utentes identificaram-na. Levanta-se então uma questão: Será que os enfermeiros não valorizam o humor nos cuidados? Como os estudos decorreram em simultâneo, não foi possível dar resposta a essa questão. No nosso estudo emergiram categorias que não inferimos do discurso das utentes, como o *Possibilitar* e *Ter Simplicidade*,

---

Será que as utentes não as valorizam? Face ao que foi referido anteriormente, não foi possível obter resposta a essas questões, ficando as mesmas em aberto para possíveis estudos no futuro.



Figura n.º 1: Categorias Emergentes do Estudo



**CONCLUSÕES**

Desde as primeiras ideias e reflexões sobre aquilo que viria a constituir este trabalho, um longo caminho foi percorrido. Agora chegou o momento de fazer uma reflexão através duma visão retrospectiva das grandes linhas orientadoras do procedimento, a apresentação de alguns contributos para o conhecimento originados por este trabalho e ainda algumas sugestões de ordem prática, tal como recomendam Quivy & Campenhoudt (1998).

Partimos do pressuposto que investigar os cuidados de enfermagem, traria alguns contributos e visibilidade para esses mesmos cuidados de enfermagem. Das questões de partida, do esforço reflexivo, tentamos desocultar as *pequenas coisas* na prática diária dos enfermeiros que trabalham numa sala de partos.

Procuramos dar visibilidade às *pequenas coisas*, mas que muito contribuem para o bem-estar das utentes, assim tornou-se importante clarificar a prática dos cuidados, como os enfermeiros desenvolvem a sua criatividade, intuição e a partilha com o outro. Como nos refere Hesbeen (2001:47), *A atenção a essas “pequenas coisas” revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência, procurando promover a saúde e proporcionar o bem-estar e assim partir para a valorização social dessas “pequenas coisas”*. Essa valorização social passa pela comunicação, *Ao manterem-se silenciosas na discussão nos meios de comunicação, as enfermeiras perderam a oportunidade de se mostrarem relevantes na prestação de cuidados* (Buresh & Goldon, 2004:33). A visibilidade dos cuidados também passa pela informação que os enfermeiros proporcionam à utente e família (Buresh & Goldon, 2004).

Por outro lado, assumimos que esta investigação se desenvolvesse numa área específica da enfermagem em Saúde Materna Obstétrica pelo que tem uma dimensão particular. No entanto, o conjunto de decisões metodológicas adoptadas apresenta critérios de objectividade, validade e fiabilidade. Não pretendemos definir teorias explicativas de uma realidade empírica, mas apenas interpretar o significado dos cuidados através dos discursos dos

enfermeiros sobre as suas próprias vivências. Ao assumirmos esta atitude face a este trabalho, estamos a enquadrá-lo no paradigma construtivista.

Após a análise e reflexão já realizada sobre os discursos dos enfermeiros, as mesmas permitiram-nos inferir que os cuidados de enfermagem, mais precisamente as *pequenas coisas*, englobam todos os cuidados que o enfermeiro presta ao utente, como refere Collière (1989:269), *cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas, se não mantiver integrada no processo relacional*. Também Hesbeen (2001:25), nos refere que *As pequenas coisas são tão necessárias como as acções complicadas, de alto tecnicismo na promoção da saúde das pessoas*. Assim os cuidados de enfermagem englobam todos os saberes e conhecimentos do enfermeiro, o cuidar em enfermagem é muitas vezes considerado uma arte, quando consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição quando consegue ajudar alguém na sua situação singular e o faz de forma subtil e procura adequar conhecimentos a essa pessoa (Hesbeen, 2000).

No que diz respeito à arte da profissão, ela explica-se muitas vezes por uma série de técnicas terapêuticas ou reconfortantes que, apesar de executadas de forma independente, permanecem no entanto, em grande parte, como a aplicação de conhecimentos médicos (Adam, 1994:17). Referindo-se ainda a outros autores, salienta que a arte abrange a relação inter-pessoal assim como a criatividade, a intuição e a “maneira de ser” do enfermeiro. Também Hesbeen (2001:45), explica que a palavra arte quando utilizada para clarificar a prática dos cuidados, designa um trabalho de artesão que revela permanente criatividade.

A pessoa que recebe cuidados deve ser vista como um todo e não a soma das partes, a pessoa não deve ser dissociada dos seus problemas, mas o interesse por esses problemas não deve suplantá-lo o interesse pela própria pessoa. Como pode o enfermeiro responder a tais exigências? Dada a própria natureza da profissão de enfermagem, os enfermeiros são os profissionais que possuem trunfos e oportunidades para exercer a arte de

cuidar, são quem passa mais tempo com a pessoa e tem espaços de liberdade para fazer sempre mais pela pessoa. *Quando o enfermeiro se compromete e empenha numa relação mútua, descobre a beleza da pessoa* (Boykin & Schonhofer, 2003:189).

Fernandes (1999), no seu estudo sobre as competências em enfermagem pediátrica, concluiu que ser competente, afinal é maior que a soma das partes, porque não basta adicionar o saber, o saber-fazer e as aptidões/qualidades. Há que envolvê-los com uma forma pessoal de ser e estar, na vida e na profissão, interligando todos os saberes.

*No nosso estudo, os cuidados de enfermagem para os enfermeiros, englobam o Executar, Observar, Informar, Promover a Relação Precoce, Acolher, Possibilitar, Mostrar Afecto; Confortar, Estar Disponível, Estar Solidário e Ter Simplicidade. Dos cuidados de enfermagem fazem parte uma imensidão de coisas, que englobam uma grande diversidade de acções de enfermagem, conforme Figura 2.*

A categoria Executar, representa para os enfermeiros do estudo o desempenhar actividades técnicas, tais como: fazer o parto, administração de terapêutica, puncionar uma veia periférica, cateterismo vesical, colheita de espécimes.

Outra categoria emergente o Observar, representa para os enfermeiros, o fazer a vigilância e avaliação cuidadosa das fases/situação das parturientes, através da vigilância do trabalho de parto, monitorização fetal, sinais vitais.

A categoria Informar, é a realização do ensino sistematizado sobre o período expulsivo, posicionamento e técnicas de respiração e ainda, explicar sobre os procedimentos a efectuar durante a sua presença na Sala de Partos.

Dadas as características do serviço onde se realizou o nosso estudo foi com naturalidade que emergiu a categoria Promover a relação precoce, significa fomentar/facilitar o contacto físico entre o recém-nascido, mãe, pai e família.

Receber a utente de acordo com a norma do serviço, significa Acolher, é outra das categorias emergentes do nosso estudo.

Possibilitar, é outra das categorias emergentes e representa para os enfermeiros do estudo, permitir a presença física de familiar ou amigo e realizar ou facilitar o contacto telefónico com familiares.

Das descrições dos enfermeiros como atenção ao outro, simpatia acompanhada de carinho e apoio, emergiu a categoria Mostrar afecto.

Confortar, é outra das categoria que emergiu no nosso estudo, descrita como proporcionar conforto e segurança, não só no ambiente mas também através do alívio das contracções dolorosas.

A categoria Estar disponível, foi descrita como transmitir disponibilidade e estar presente e atento às suas necessidades.

Outras das categorias é Estar solidário, descrita como partilha entre o enfermeiro – utente, em que o mesmo lhe transmite confiança e ajuda-a a ultrapassar as suas dificuldades e medos.

Ter simplicidade, foi descrito como a utilização de uma linguagem simples e acessível para a utente e familiares.

Por tudo isso é de realçar a imensidão de saberes, criatividade e conhecimentos que o enfermeiro aplica no seu dia a dia e na sua interacção com a utente.

Tal como referíamos no início deste capítulo, importa fazer algumas sugestões de ordem prática, embora, à semelhança do referido por Quivy & Campenhoudt (1998), raramente as conclusões de uma investigação conduzem à aplicação prática, claras e indiscutíveis. Mas são os resultados de muitas investigações e a compreensão do significado atribuído aos cuidados de enfermagem, principalmente as *pequenas coisas*, que contribuirão para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para as mudanças a nível das práticas.

A prática de enfermagem baseada na investigação, deverá conduzir por um lado à melhoria da qualidade dos cuidados e por outro, a um estatuto que dignifique a profissão (Hesbeen, 2000), pelo que situamos as nossas sugestões a três níveis:

Ao nível da prática:

- Fomentar uma valorização do cuidar ao nível das práticas, como refere Lopes (2000:68), *É necessário que o enfermeiro participe na prática, para que consiga atingir uma excelência que lhe permita pôr a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte e preservando deste modo a dignidade da pessoa, recorrendo para isso à formação profissional.*
- Através da formação contínua, leva-los a reflectir sobre estes resultados e a importância de os ter sempre presentes na sua prática de cuidados.
- Promover o debate de diferentes práticas, despertando os outros pela prática de enfermagem, tal como nos é proposto por Hesbeen (2000).

A nível do ensino:

- Imprimir uma valorização do cuidar, deixar espaço ao estudo das situações de vida encontradas, levar o formando a viver a essência dos cuidados de enfermagem – o essencial da prática da sua arte (Hesbeen, 2000).

A nível da investigação:

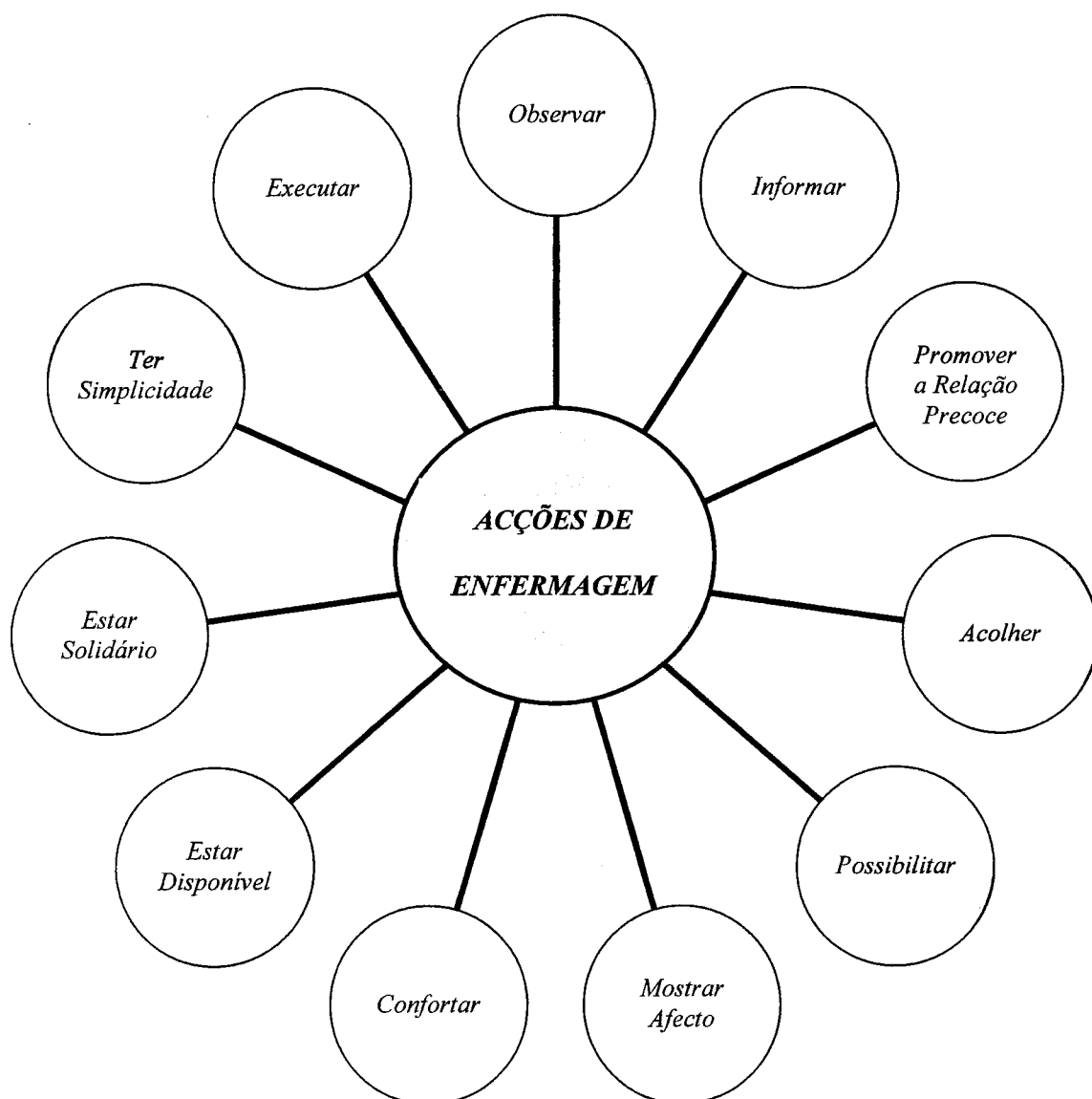
- A continuação desta investigação em diferentes contextos, compreendendo os significados atribuídos aos cuidados de enfermagem, por outro grupo de enfermeiros, não esquecendo as perspectivas dos utentes, não

esquecendo como refere Collière (1989:350), os *cuidados que promovam a vida*. A investigação deve acima de tudo contribuir para a construção de um conhecimento científico, a clarificação do cuidar para a visibilidade dos cuidados de enfermagem, assim como da própria enfermagem enquanto profissão.

Quando nos colocamos na perspectiva do cuidar, os conhecimentos técnico-científicos são integrados na prática da arte dos cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2001).



Figura n.º 2: Acções de Enfermagem



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ADAM, E. – **Ser Enfermeiro**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- ALBARELLO, Luc et.al. – **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Gradiva, 1997.
- ALMEIDA, A.M.F.G. – **Metodologias de Investigação em Ciências da Educação – Questões Epistemológicas**. VII Colloque National de Aipelf/Afirse, 2000.
- BARBAUT, J. – **O Nascimento Através dos Tempos**. Mem Martins: Terramar, 1990.
- BASTO, M. L. – **Da Intenção de Mudar À Mudança - Um Caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiros**. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.
- BASTO, M. L. – **Enfermagem em Contexto de Mudança**. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. Vol.4, N.º 2, 2.º Semestre 2000, pp. 27-29.
- BELL, J. – **Como Realizar um Projecto de Investigação**. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Gradiva, 2002.
- BENNER, P. – **De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BENTO, M. C. – **Cuidados e Formação em Enfermagem. Que Identidade?** Lisboa: Fim de Século, Edições Lda, 1997.
- BERGER, P. L; LUCKMAN, T. – **A Construção Social da Realidade: um Livro sobre a Sociologia do Conhecimento**. Dinalivro, 2.<sup>a</sup> Edição, 1999.
- BETTINELI, L. A. – **Cuidado Solidário**. Tese de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

- BISCAIA, J. – ***Nascer no Hospital. Servir.*** Lisboa. Vol.50,N.º 2, Março/Abril 2002, pg. 69 - 74.
- BOBAK. I. et al. – ***Enfermagem na Maternidade.*** 4.<sup>a</sup> ed., Loures: Lusociência, 1999.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. – ***Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.*** Porto: Porto Editora, 1994.
- BOYKING, A; SCHOENHOFER, S. O. – ***Será que há mesmo Tempo para Cuidar?*** *Servir.* Lisboa. Vol. N º 51 – N º4, Julho 2003, pp. 187-190.
- BURESH, B; GORDON, S. – ***Do Silêncio à Voz.*** Coimbra: Ariadne Editora, 2004.
- CARMO, ***Metodologia da Investigação: Guia a Auto-Aprendizagem.***1998.
- CARVALHO; M. M. M. – ***A Enfermagem e o Humanismo.*** Loures: Lusociência, 1996.
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Cuidados de Enfermagem** (2000), versão Beta – Introdução à Telenurse, The Danish Institute for health and nursing research – Documento poli copiado.
- COLLIÈRE, M.F. – ***Cuidar... A Primeira Arte da Vida.*** 2.<sup>a</sup> ed., Camarate: Lusociência, 2003.
- COLLIÈRE, M.F. – ***Promover a Vida.*** Lisboa – Porto – Coimbra, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP), Lidel – Edições Técnicas, 1989.
- COMUNIDADE ECONOMICA EUROPEIA**, Directiva 80/155/CEE. Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º 33/8, 1980.
- CORDEIRO, J. D. – ***A Saúde Mental e a Vida.*** 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1987.

COUTINHO, E. C. – ***Uma Perspectiva Cultural de Cuidar no Parto*** – Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto – Instituto De Ciências BioMédicas Abel Salazar, 2000.

**Decreto-Lei n.º 104/98.** Diário da Republica, I.ª Série, n.º 93, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda de 21/04/98.

**Decreto-Lei n.º 161/96.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Diário da Republica, I.ª Série, n.º 205, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda de 04/09/96.

DELEUZE, G. - ***A filosofia crítica de Kant***. Lisboa: Edições 70, Lda, 1994.

DUPAS, G. et.al. - ***A Importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem***. *Revista Escolar Enfermagem*. Brasil: USP, Vol.31, n.º 2, Agosto 1997, pp. 219-26.

DUPAS, G. et.al. ***Percepções da Enfermeira de uma Instituição Hospitalar sobre a Assistência Prestada à Família e à Criança Portadora de Cancro***. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Ministério da Saúde Brasileiro. Vol. 44, N.º 4, Out/Nov/Dez 1998.

ECO, UMBERTO – ***Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas***. 8.ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2001.

ENFERMEIROS, Conselho – ***Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem***. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, 2, Mar., 2001, p. 15-20.

FERNANDES, H. I. V. M. – ***Da Competência em Enfermagem Pediátrica: Contextos e saberes***. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 1999.

FERNANDES, M. C.; VIEIRA, M.C. – ***Acolhimento Realizado na Sala de Partos***. Trabalho de Investigação realizado na Sala de Partos, 2001.

- FIGUEIREDO, M.C.A.C. – **Ética e Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais.** Lisboa. 2, Fev., 1995, p. 19-24.
- FORTIN, M.F. – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização.** Loures: Lusociência, 1999.
- FR BERNARDO. - **Afectos e Aprendizagem ou o prazer e o dever na arte do respeito por si e pelos outros.** *Servir.* Lisboa. Vol. 51, N.º 5, Setembro/Outubro 2003, p. 210-213.
- FROOM, E. – **A Arte de Amar.** 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Pergaminho, 2002.
- GLASERSFELD, E. V. – **Construtivismo Radical – Uma Forma de Conhecer e Aprender.** Lisboa: Artes Gráficas Lda, 1995.
- GOLEMAN, D. – **Trabalhar com Inteligência Emocional.** Braga: Circulo de Leitores, 1999.
- GOMES, B. P. – **Enfermagem de Reabilitação das Práticas às Competências.** Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 1999.
- GRANDE, N. – **Ética e Deontologia.** Porto, Apontamentos cedidos pelo professor nas aulas de Ética – IV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS, 2001.
- HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000.
- HESBEEN, W. – **Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar.** Loures: Lusociência, 2001.
- JOSÉ, H. - **Humor nos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Lusodidacta, Lda, 2002.
- KÉROUAC, S. et. al. – **El Pensamiento Enfermero.** Barcelona: Masson, S. A., 1996.
-

- KITZINGER, S. – ***A Experiência do Parto***. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.
- KOIZUMI, M. S. – ***Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Enfermagem***. *Revista Escolar Enfermagem*. Brasil. USP, v. 26, n.º Especial, Outubro 1992, p. 33-47.
- LA CUESTA, C. - ***Tomarse el Amor en Serio: El Contexto del Embarazo en la Adolescencia en Colombia***. *Journal of Transcultural Nursing*, Julho 2001.
- LOPES, A.; NUNES, L. – ***Enquadramento da Ética na Enfermagem***. *Servir*. Lisboa. 43 (6), Nov. / Dez., 1995, p. 297-301.
- LOPES, M. J. – ***Concepções De Enfermagem e Desenvolvimento Sócio Moral: Alguns dados e Implicações***. Artlandia – Design e Comunicação Visual, Lda. 2000.
- LOPES, M. J. et. al – ***Cuidar na Perspectiva de Roper, Logan e Tierney***. *Servir*. Lisboa. 43 (4), 1995, p. 196-212.
- MANOUKIAN, A.; MASSEBEUF, A. – ***La Relacion Soignant Soigné (Pratiquer...)***. Paris: Editions Lamarre, 1995.
- MANTEIGAS, A. M. E. – ***O Enfermeiro e a Ética***. *Servir*. Lisboa. 45 (6), Nov. / Dez., 1997, p. 303-306.
- MARÇAL, M. T. O. – ***A Análise Conceptual na Investigação em Enfermagem***. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. Vol. 2 N.º 2, 2.º Semestre 1998, p. 4-8.
- MARQUES, M. I. D. – ***Percepção Significativa dos Cuidados de Enfermagem Pelos Utentes Hospitalizados***. *Referência*. Coimbra. N.º 5, Novembro 2000, p. 5-15.
- MCSWEENEY, G. – ***A Enfermagem: Prestação de Cuidados Holísticos***. *Servir*. Lisboa. Vol. N.º 51-N.º 6, Dezembro 2003, p. 282-288.
-

- MENDES, M. L. – **Curso de Obstetrícia**. Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC, 1991.
- MENDES, M. L. – **Livro de Obstétrica**. Coimbra: Livraria Almedina, 1994.
- MORAGA, M. – **La Pratique des Soins**. Kraukenpelege. Soins Infirmiers 2/1998, p. 66-68.
- MUCHA, M; CRUZ, P. – **Crescer (s)em Solidão. Estudo sobre o Passado, Presente e o Futuro de Crianças Institucionalizadas**. IV Congresso Português de Sociologia, 2002.
- NETO, et. al. – **Grau de Satisfação do Utente Relativamente ao Acolhimento Proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência**. *Servir*. Lisboa. Vol. 51, N.º 5, Setembro/Outubro 2003, p. 214-216.
- NÓVOA, A. – **O Método (auto) Biográfico e a Formação**. Lisboa: MS/DRHS, 1998, p. 108-117.
- PEARSON, A., VAUGHAN, B. – **Modelos para o Exercício de Enfermagem**. Lisboa: ACEPS, 1992.
- PINEDA, et. al. – **Estão Satisfeitas as Mulheres com a Atenção Proporcionada pelas Enfermeiras durante o Parto?** *Revista Rol. Enf.* 2001; 24(4), p. 290-298.
- PISCARRETA, C. S. S. – **Cuidar e Pedagogia. Enfermagem em Foco**. Lisboa. (SEP), 37, Nov. / Jan., 2000, p. 35-41.
- POLETTI, R. – **Para um Enriquecimento das Intervenções de Cuidados de Enfermagem**. *Escola de Enfermagem*. Genebra. Le Bom Secours, 1978.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PONDÉ, M. P. – **Estudos Mistos e Paradigmas em Saúde**. *Psychiatry On Line Brazil*. (7) Fevereiro 2003.



- QUEIRÓS, A. A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- QUEIRÓS, A. A. (Outubro, 2002) - **Investigação Qualitativa: Pressupostos Epistemológicos de base** [em linha] <http://www.anaqueiros.com/>. Março 2003.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V. – **Manual de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos**. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Gradiva – Publicações Lda, 1998.
- RAPOSO, M. L. M. M. – **A Interação no Cuidar em Enfermagem**. Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 1996.
- REBELO, A. T. – **Enfermagem Agora – Do Fazer ao Dizer Enfermagem que Obstáculos?** *Enfermagem*, 10, 2.<sup>a</sup> Série, 1997, .p. 14-19.
- RENAUD, M. - **O Encontro com o Outro. Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 4, N.º 2, 2.º Semestre.2000.
- RIBEIRO, L. F. – **Cuidar e Tratar – Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral**. Lisboa: EDUCA (SEP), 1995.
- RIBEIRO, L. F. – **Valores e Desenvolvimento em Enfermagem ou de como dar Lugar à Ética**. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 1 (2), 1.º Semestre, 1998, p. 4-10.
- RISPAIL, D. – **Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar – Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2003.
- ROCHA, A. et al – **Cuidar transpessoal: Teoria de Jean Watson. Sinais Vitais**. Coimbra. N.º 47, Março 2003, p. 63.
- RODRIGUES, A. D. – **Estratégias de Comunicação**. , 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Editorial Presença, 2001.
-

- SANTO, C. R. F. E. - **Educação para os Valores: Contributos para o Estudo da Necessidade de uma Disciplina de Ética no Curso Superior de Enfermagem.** *Referência.* Coimbra. 1, Set., 1998, p. 57-63.
- SANTOS, B. S. – **Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna.** 4.<sup>a</sup> ed. Porto: Edições Afrontamento, 1995.
- SILVA, H. R. – **O Significado dos Cuidados na Pintura Quinhentista.** *Pensar Enfermagem,* Lisboa, Vol. 5, N.º 1, 1.º Semestre 2001, p. 9-12.
- SILVA, L. F. et. al. – **Cuidado de Enfermagem: O Sentido para Enfermeiros e Pacientes.** *Revista Brasileira de Enfermagem.* Vol. 54, N.º 4, 2001, 578-588.
- SMITH, K. V. e VOGEL, A. A. – **A Prestação de Cuidado? Servir.** Coimbra. Vol. N.º 51-N.º 1, Janeiro 2003, p. 28-31.
- SOUZA, L. S. - **A entrevista, o imaginário e a intuição.** IN GAUTHEIN [et. al.]. **Pesquisa em Enfermagem. Novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 1998, p. 30-39.
- SPEAR, H. J. – **Uma Reflexão Sobre a Prática Profissional: Porquê Escolher a Enfermagem? Servir.** Coimbra. Vol. N.º 51-N.º 3, Maio 2003, p. 139-141.
- STREUBERT, H. J. e CARPENTER, D.R. – **Investigação qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista.** Camarate: Lusociência, 2002.
- SWANSON, K. M. – **Desenvolvimento Empírico de uma Teoria do Cuidar de Médio Alcance.** *Nursing Research.* 3, Mai. / Jun., 1991, p. 161-166.
- TOJAL, M.E. – **A Relação Precoce Pai-filho.** *Pensar Enfermagem.* Lisboa. Vol. 5, N.º 1, 1.º Semestre 2001, p. 43.

VELADAS, M. M. N. C. – ***Ajudar na Sala de Partos (Competências reais no momento da interação)***. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Limitada, 1997.

VIEIRA, M. M. S. – ***Cuidar, Defendendo a Autonomia da Pessoa Cuidada. Informar***. Lisboa. 0, Jan. / Mar., 1995, p. 20-23.

WATSON, J. – ***Enfermagem Pós-moderna e Futura (Um novo paradigma de enfermagem)***. Loures: Lusociência, 2002.

WATSON, J. – ***Enfermagem: Ciências Humanas e Cuidar em Teoria de Enfermagem***. Loures: Lusociência, 2002.

ZIEGEL, E. E., CLANLEY, M. S. – ***Enfermagem Obstétrica***. 8.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

**ANEXO I**

**AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO**

---

Maria Clarinda de Almeida Fernandes  
Quinta da Oliveira Torta  
Lote 12 Esq. Bairro de São Miguel  
3020-113 Coimbra

M. P. P.
Entrada 2938
Outro
Data 02/10/22

*(Handwritten signature)*

Autorizado  
24/10/22  
*(Handwritten signature)*  
Hi)

**Ao Conselho Directivo da  
Maternidade Bissaya Barreto**

Chamo-me Maria Clarinda de Almeida Fernandes, sou Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade Bissaya Barreto, com o número mecanográfico 8547. Encontro-me a realizar um trabalho de investigação, no âmbito do IX Mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, subordinado ao tema, *Cuidados de Enfermagem*.

Afim de dar continuidade ao referido trabalho, solicito autorização para proceder à selecção da amostra e à colheita de dados no serviço da sala de partos

Grata pela atenção dispensada, aguardo resposta ao pedido solicitado.

Coimbra, 21 de Outubro de 2002

*Maria Clarinda de Almeida Fernandes*

(Maria Clarinda de Almeida Fernandes)

**ANEXO II**

**GUIÃO DA ENTREVISTA**

---

## **GUIÃO DA ENTREVISTA A INFORMANTE PRIVILEGIADO**

### **LOCAL DA ENTREVISTA**

Será de acordo com a disponibilidade do entrevistado e o local é o gabinete da Enf.<sup>a</sup> Chefe, com autorização da mesma.

### **APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR**

Já nos conhecemos e como sabe, estou a frequentar o IX curso de mestrado de Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, a desenvolver a tese de mestrado, centrada nas actividades desenvolvidas pelos enfermeiros numa sala de partos.

### **INFORMAÇÃO SOBRE A ENTREVISTA**

A informação será gravada se assim o permitir, caso haja algum dado que deseje que não conste da gravação por favor informe, e caso o permita, efectuarei algumas notas referentes a esses dados.

Durante a entrevista e como pretendo entender o significado das actividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, agradecia que não identifique pelo nome nenhum colega, para podermos manter o anonimato dos intervenientes.

No final da entrevista se o entender revisaremos a gravação efectuada.

O tempo previsto da entrevista será de cerca de 20 minutos.

Caso deseje mais algum esclarecimento prévio, por favor pergunte-me.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e aceitação em colaborar neste estudo.

## ORIENTAÇÃO DA ENTREVISTA

Com este guia de entrevista pretende-se compreender o significado das práticas dos enfermeiros numa sala de partos.

### **Objectivos:**

- 1 – Qual o significado atribuído à prática de cuidados de enfermagem numa sala de partos;
- 2 – Identificar o que são “as pequenas coisas” na prática de cuidados.



**ANEXO III**

**QUADRO DAS CATEGORIAS**

---

## QUADRO DAS CATEGORIAS

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB CATEGORIAS</b>	<b>CÓDIGOS SUBSTANTIVOS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
EXECUTAR		Executar o parto	12 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)
		Administrar terapêutica	3 (6, 8, 9)
		Puncionar	5 (1, 4, 8, 9, 11)
		Cuidados imediatos ao RN	8 (2,3,6,7,10,11,12)
OBSERVAR	AVALIAR	Avaliação do TP	5 (3, 4, 10, 11, 12)
		Avaliação das queixas da sr. <sup>a</sup>	3 (8, 10, 11)
		Observação	5 (1, 2, 4, 6, 8)
		Avaliação dos sinais vitais	2 (9, 12)
	Monitorização fetal	6 (2, 3, 4, 9, 11,12)	
VIGIAR	Vigilância do TP	6 (2, 3, 5, 6, 9, 12)	
INFORMAR	ENSINAR	Ensino ao acompanhante	2 (5, 8)
		Ensino s/ a técnica da respiração	4 (5, 8, 11, 12)
		Ensinos oportunos	3 (4, 2, 12)
	EXPLICAR	Explicar o TP	5 (1, 7, 8, 9, 12)
		Explicar os procedimentos	8 (1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12)
		Explicar a função dos equipamentos	2 (6, 3)
		Explicar os tipos de analgesia	3 (2, 11, 12)
Tirar dúvidas	7 (1, 2, 3, 7, 8, 9, 12)		
Dar informação sobre a fase situação do TP	2 (6, 8)		
PROMOVER A RELAÇÃO PRECOCE		Mostrar o RN à mãe, ao pai e à família	3 (6, 2, 11)
ACOLHER		Acolhimento/integração	7 (9, 6, 11, 10, 12, 8, 3)
		Recepção	3 (5, 9, 12)
POSSIBILITAR		Contactar o marido	1 (11)
		Presença do acompanhante	4 (2, 4, 8, 11)
MOSTRAR AFECTO		Carinho	4 (3, 4, 5, 6)
		Dar a mão	3 (9, 10, 12)
		Tocar	3 (3, 9, 12)
CONFORTAR		Conversar	8 (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11)
		Ajuda/apoio	4 (1, 3, 5, 6)
		Confortar	3 (5, 8, 12)
		Criar um ambiente seguro	3 (1, 2, 5)
ESTAR DISPONÍVEL		Estar presente	8 (1, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12)
		Acompanhamento	3 (8, 11, 12)
		Dar tempo, espaço	4 (3, 6, 7, 10)
		Disponibilidade	4 (6, 9, 10, 12)
		Elo de ligação com os outros	3 (6, 8, 11)
ESTAR SOLIDÁRIO		Partilha	7 (1, 2, 3, 6, 7, 10, 11)
		Aliviar a dor	3 (3, 8, 11)
		Ultrapassar os medos	3 (1, 5, 7)
		Solidário	3 (1, 3, 7)
		Atenção	1 (10)
TER SIMPLICIDADE		Linguagem sucinta e clara	5 (2, 6, 7, 8, 9)

**ANEXO IV**

**UMA ENTREVISTA**

---

## **1ª FASE (Doc E-11)**

### **Explica-me o que fazes na sala de partos?**

Chego ao serviço e após verificar de quem é a responsável do serviço e que está feita a distribuição semanal, vejo as utentes que me estão distribuídas e as unidades, reponho o material nessas unidades, depois falo com a senhora, apresento-me e começo a conhecer a senhora e a ver o ponto/situação em que se encontra a nível do TP ... e inicio a minha prestação de cuidados.

### **Quando te referes à prestação de cuidados o que queres dizer?**

São, eu responder a todas as necessidades que a parturiente precisa, portanto, desde o colocar um soro, fazer uma observação, ou falar à senhora, explicar os procedimentos que eu vou fazer, desde o acolhimento ou outro tipo de procedimentos. Quando chega uma senhora à unidade dou início ao acolhimento e à integração na unidade, posteriormente punciono uma veia, coloco os soros prescritos em curso, faço a monitorização com RCT e a sua avaliação, faço uma avaliação das queixas da senhora, depois falamos nos tipos de analgesia para o TP e se a senhora está interessada em fazer analgesia epidural e se já tem conhecimento dessa técnica, ou se vamos para outro tipo de sedação, depois avalio as várias fases do TP, através da progressão do feto, efectuo registos no partograma ou nas notas de enfermagem, depois faço os ensinios adequados à fase do TP que a senhora está a vivenciar, desde os exercícios de respiração, como deve fazer, o tipo de postura que deve adotar e porque deve estar de determinada maneira ..., os ensinios são dirigidos à senhora e acompanhante. Ainda não tinha referido, mas quando falo procuro saber se quer ter ao acompanhante ao pé dela. Pode ser que o marido esteja na maternidade, se está em

casa existe sempre a possibilidade de contactar o marido ou outra pessoa que ela deseje, tenho em atenção esse aspecto.

### **Como realizas esse contacto?**

Se a senhora deseja estar acompanhada e se por acaso não sabe que o pode estar, por exemplo: imagina que o marido está em casa, peço-lhe o nº de telefone e peço a chamada e isso já aconteceu e se vejo que o marido é de longe, mas que ainda vem a tempo, contacto-o a dizer que a senhora quer ter ali alguém. Às vezes acontece telefonarmos para casa e os maridos estarem a trabalhar e ela quer ter a mãe ou a amiga, quantas vezes isso já tem acontecido, quando telefono e elas aparecem, faço a integração na unidade à pessoa que vem. À medida que o TP vai avançando e se as coisas estão a decorrer normalmente, se a senhora tiver dores vou contactar com o obstetra ou com o anestesista, consoante a situação, depois vou avaliando a situação do TP, que vai ficando registada e faço a avaliação do RCT externo. Se as coisas continuarem a correr bem, não vou chamar o obstetra para ver um RCT que está bem, se por acaso, começar haver alterações do RCT e começa com sinais de sofrimento fetal, aí contacto o obstetra e até à fase ..., posteriormente quando o bebé está para nascer, contacto o pediatra ....

### **Lembras-te de alguma situação em que te sentiste boa enfermeira?**

Ainda não me sinto boa enfermeira, estou lá há pouco tempo, mas já aconteceu nestes últimos partos que tenho feito, se vejo que o bebé está bem, sinto-me muito mais segura e muito mais à vontade, até já tem acontecido estar sozinha e realizar o parto e ter a certeza que as coisas estão a correr bem. Eu por exemplo acho que ajuda muito o facto de termos a senhora monitorizada, porque pode não estar ali ninguém para ouvir o foco. O facto de estar monitorizada, eu fico um bocadinho mais

descansada, porque se estou com luvas esterilizadas, como vamos ouvir o foco, o RCT externo dá-me um grande descanso, neste aspecto sim, ou quando vejo uma sutura bonita, ou por exemplo vejo que não é preciso fazer episiotomia, ainda é difícil ter essa sensibilidade, para ver se o perineo tem elasticidade suficiente ou não. Já houve várias as vezes em que consegui ver perfeitamente que não era necessária e a coisa correu bem, é claro que isso me deu alguma segurança. Também a nível da prestação de cuidados aos recém-nascidos, às vezes o pediatra não está presente na sala, nomeadamente em alguns casos em que o bebé nasce rapidamente e não houve tempo para o chamar e até nasceu um bocado abanado, depois uma pessoa vê que ele até conseguiu recuperar com estímulo e O<sub>2</sub>, também me sinto um pouco mais à vontade em relação a isso.

**Lembras-te de alguma situação que te marcou?**

Não tive nada em particular, mas tive umas senhoras que vieram à minha procura para me agradecer, provavelmente porque gostaram e referiram que gostaram muito do meu atendimento na SP, uma ou outra, não estou a dizer todas, mas algumas vieram à minha procura para me dizerem que gostaram do atendimento que lhes prestei na SP.

**Recordas-te do que fizeste a essa senhoras?**

Recebi-as, estou a lembrar-me de duas, nomeadamente fiz-lhe o parto, suturei, prestei-lhe os cuidados e vigiei o TP ....

**Será que não fizeste mais nada?**

Eu quando tenho uma senhora distribuída tento estar presente, tento seguir, estar próxima e não me afastar muito, mas realmente já têm surgido situações em que apesar de ter determinadas senhoras distribuídas não estou com elas, ou porque

temos mais do que uma e entretanto fomos fazer o parto, ou porque se dão vários partos ao mesmo tempo, porque às vezes os médicos obstetras e as enfermeiras presentes, não dão vazão à quantidade de nascimentos e não temos tempo para dar aquele atendimento que é necessário. Claro que às vezes acontece que eu quase não conheço as senhoras, quando chego ao pé delas, já passado bastante tempo, ou entretanto o bebé já nasceu e a colega fez-lhe o parto ou o médico, às vezes surgem essas situações.

### **O que fazes quando estás com as senhoras?**

Converso com elas sobre as experiências anteriores, sobre a gravidez actual, sobre as fazes do TP, sobre os filhos que ela já teve, se já teve filhos ou não, como foram os partos, se foram demorados ou não, se foram experiências traumatizantes ou não, se foram assistidos ou não. Também lhe dou algumas luzes como vai ser no puerpério, vai mudar para outro serviço, mais ou menos como são os serviços. Agora não me estou a lembrar de nenhuma história, mas há tantas.

### **Falas-te anteriormente que quando a senhora tem dores chamas o médico, porquê?**

Eu chamo, porque se dei o medicamento há pouco tempo, imagina que a senhora foi sedada e não está com analgesia epidural, se foi sedada, para já é para ver se posso dar mais, depois se por acaso não foi sedada, não foi dado nada, é para saber se posso dar alguma coisa, é nesse aspecto.

### **O que te leva a tomar essa atitude?**

Em primeiro lugar é aliviar a dor à senhora, por exemplo: se eu já ensinei a respiração adequada para aliviar a dor e se mesmo assim vejo que a senhora está para ali a trepar paredes, tento então utilizar outra forma para lhe aliviar a dor, uma vez

que ela não consegue suportar a dor. Há pessoas que não querem nada, mas há outras que querem, estão desesperadas com dores, tenho que falar porque a medicação tem que ser prescrita, tenho que perguntar se posso dar, ou se já dei há tantas horas e se posso administrar novamente, ou se posso administra outra coisa, se for analgesia epidural muitas vezes se está na altura de levar bolus, ou pode o cateter não estar bem introduzido ou ter fugido do sítio, estar encostado à parede e não estar a entrar, peço para virem avaliar a situação.

**Queres acrescentar alguma coisa?**

Estava a ver se me lembrava de algum exemplo, mas não me consigo lembrar. Não falamos dos cuidados ao recém-nascido que também prestamos e no final mostramos o bebé à mãe e aos familiares que estão à espera, também coloco o bebé à mama, se entretanto não os vierem buscar, coloca-se o bebé à mama se a mãe o desejar, há mães que não gostam.

**Mais alguma coisa?**

Não.