



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

O CUIDADO AO ENCONTRO DA UTENTE

*Contributos para uma conceptualização
dos cuidados de enfermagem*



Maria Celeste do Céu Vieira
2004

UNIVERSIDADE DO PORTO

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
DE ABEL SALAZAR**

O CUIDADO AO ENCONTRO DA UTENTE
*Contributos para uma conceptualização
dos cuidados de enfermagem*

*Dissertação apresentada para
obtenção do Grau de Mestre em
Ciências da Enfermagem, sob a
orientação da Professora Doutora
Marta Lima Basto*

Maria Celeste do Céu Vieira

2004

Aida e António Vieira
meus pais,
que souberam guiar os meus
passos com a força serena dos
seus exemplos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dirigir as primeiras palavras deste trabalho a todos os que, durante a sua realização, me colocaram desafios e disponibilizaram diversas formas de apoio, pelo que a todos expresso o meu reconhecido agradecimento. Sem a sua ajuda, este trabalho não teria sido possível.

Muito especial à Professora Doutora Marta Lima Basto, pelo empenho, incentivo, pelo tempo que partilhou connosco e pela exigência constante com que orientou este estudo reconhecendo o privilégio de termos sido sua orientanda.

Ao Professor Doutor Nuno Grande pela dedicação que tem demonstrado ao longo dos tempos à enfermagem e que por ele é hoje possível, realizar o Mestrado em Ciências de Enfermagem.

À Direcção de Enfermagem da Maternidade seleccionada, pela autorização concedida ao nosso pedido para a realização das entrevistas.

A todas as pessoas pela simpatia e disponibilidade, com que acolheram e participaram nesta investigação, e especialmente por terem aceite partilhar connosco momentos da sua vida.

A todas as colegas e amigas, que nos ajudaram e apoiaram desde o início deste trabalho.

“... Se até muitos aspectos insignificantes do cotidiano são alvo da nossa especulação, por força da nossa vocação reflexiva, que atitude poderíamos ter perante a Enfermagem, à qual nos une o sério compromisso conscientemente assumido de a praticar, analisar e investigar ?!...”

A Autora

RESUMO

Com este estudo pretendemos dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, de modo a tentar contribuir para a sua clarificação. Para tal realizamos um estudo qualitativo, utilizando o método da “grounded theory”, por nos permitir descobrir tal como é vivida e interpretada a experiência de ser cuidada. Ele parte das nossas reflexões, preocupações e dúvidas, enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica numa Maternidade.

Na procura de elementos teóricos, abordámos a necessidade de ser cuidado ao cuidado de enfermagem e o cuidar como essência da enfermagem, explicitamos a problemática em estudo e os conceitos que a vão guiar.

Para a recolha de dados foram realizadas quinze entrevistas semi-estruturadas, tendo como finalidade obter respostas para a seguinte questão de investigação: *Como é que a utente caracteriza os cuidados de enfermagem numa sala de partos?*

Os dados obtidos foram analisados e caracterizados nas seguintes categorias: *Executar; Observar; Informar; Confortar; Estar disponível; Mostrar afecto; Estar solidário; Intervenção humorosa e Promoção da relação precoce*. Destes dados emergiu um tema, que nos permitiu caracterizar de uma forma global os cuidados prestados, que foi, *“acompanhar a pessoa a ultrapassar...momentos difíceis”*. Foi este o sentido dado aos cuidados de enfermagem, que nos leva a pensar que os cuidados centrados na pessoa, contribuem sem dúvida para a promoção do seu bem estar.

É importante continuar a investigar o cuidado de enfermagem no contexto natural, e assim partimos para uma conceptualização do mesmo, de modo a contribuir para o aprofundamento da disciplina de enfermagem.

SUMMARY

The purpose of this study is to give visibility to nurse care in a way that will contribute to its clarification. A qualitative study using the “grounded theory” method was conducted for this purpose. This method was used because it allowed us to investigate both the lived and the interpreted experience of being cared for. The study is based on our reflections, our worries and our doubts while in the capacity of Maternity and Obstetrics Health Care Nurse Specialist in a maternity ward environment.

In search of theoretical elements we looked at the need of being cared for by a nurse, as well as the essence of nursing. We clearly state this subject and its concepts in this paper.

In order to collect data for this study, we conducted fifteen, semi-structured interviews, with the final objective of obtaining answers to the following research question: *How does the patient characterise nurse care in a delivery room?*

The data obtained was analysed and characterised in the following categories: *Execution; Observation; Information; Comforting; Availability; Demonstrating affection; Being supportive; Humorous intervention and Promoting the precocious relationship.* The theme “*accompanying the person in order to help them surpass ...difficult moments*” emerged from this data and allowed us to globally characterise the care given. Qualifying nursing care in this way leads us to believe that care centred on the person contributes to her well being.

It is important to continue to research nursing care in a natural context, which will lead to the conceptualization of the same and in this way will contribute to the better understanding of the subject of nursing.

ÍNDICE

	<i>folha</i>
INTRODUÇÃO.....	10

I CAPÍTULO : QUADRO CONCEPTUAL

1 – DA NECESSIDADE DE SER CUIDADO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM	17
2 – DO CUIDAR EM ENFERMAGEM	22
3 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	36

II CAPÍTULO : PERCURSO METODOLÓGICO

1 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	41
2 – CONTEXTO E PARTICIPANTES	45
3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	49
4 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	53
5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	56

III CAPÍTULO : ACOMPANHAR A PESSOA A ULTRAPASSAR... MOMENTOS DIFÍCEIS ...	57
--	----

IV CAPÍTULO : DO CAMINHO PERCORRIDO

1 – AS CONCLUSÕES.....	105
2 – AS SUGESTÕES.....	111
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	128

ANEXO I - Declaração da Autorização do Estudo

ANEXO II – Ficha Biográfica das Entrevistas

ANEXO III – Exemplar de uma das Entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

fólia

Quadro 1 – CATEGORIA EXECUTAR.....	60
Quadro 2 – CATEGORIA OBSERVAR.....	66
Quadro 3 – CATEGORIA INFORMAR.....	69
Quadro 4 – CATEGORIA ESTAR DISPONÍVEL.....	77
Quadro 5 – CATEGORIA CONFORTAR.....	81
Quadro 6 – CATEGORIA MOSTRAR AFECTO.....	86
Quadro 7 – ESTAR SOLIDÁRIO.....	91
Quadro 8 – INTERVENÇÃO HUMOROSA.....	95
Quadro 9 – PROMOVER A RELAÇÃO PRECOCE.....	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – CATEGORIAS EMERGENTES DO ESTUDO.....	59
Figura 2 – UMA CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	109

INTRODUÇÃO

Parafraseando Evelyn Adams (1994), começaria por dizer que se tornou quase um lugar comum afirmar que o mundo evoluiu rapidamente, exigindo do ser humano um esforço de adaptação constante. Também a enfermagem, cuja necessidade se impôs ao longo dos séculos, sofreu o percurso da evolução, no sentido de adequar as suas respostas às exigências das sociedades, no que diz respeito à saúde e à melhoria das condições de vida das pessoas.

Todos os profissionais de saúde têm uma finalidade comum, que é a de conservar a saúde e o bem-estar da pessoa e família inseridas numa determinada comunidade. Todavia, esse objectivo abrange as atribuições próprias de cada profissão que importa clarificar, ou seja, cada um no seu campo de acção tem de dar a conhecer, quer por palavras quer por actos, a natureza do seu contributo e assim defini-lo, no seio de uma equipa multidisciplinar, quer para a sua realização pessoal, quer para com a sociedade a que pertence.

Pois como nos refere Adams (1994), a maior parte das enfermeiras¹, são unânimes em afirmar que o seu trabalho não se limita a técnicas médicas, que é “*mais do que isso*” (p.17), ou como nos refere Hesbeen (2000), são uma multiplicidade de pequenas coisas. Ora, é necessário explicitar, o mais que isso, as pequenas coisas, para que a enfermagem, possa afirmar o seu contributo social e assim conquistar o reconhecimento a que tem o direito.

Já Collière (1989) nos referia, que explicitar a natureza dos cuidados prestados continua a ser, uma condição imperiosa para o reconhecimento de uma identidade profissional. Esta é, uma questão que tem interessado nas últimas décadas as teóricas de enfermagem no mundo ocidental e especialmente nos Estados Unidos da América. Foi a procura da natureza dos cuidados que surgiram questões: O que fazem as enfermeiras? Qual o serviço específico que prestam à sociedade? Que cuidados são identificados pelas

¹ - Neste trabalho será utilizada a palavra enfermeira (s), pelo facto de na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, se tratar de um grupo profissional predominantemente feminino, e ser o mais usual na literatura de enfermagem.

utentes²? que levou, a que se desenvolvesse, um aprofundamento da estrutura do corpo específico da disciplina de enfermagem. Em decorrência, actualmente a enfermagem dispõe de uma diversidade de perspectivas para a fundamentação do seu corpo de conhecimentos, substanciado no desenvolvimento de inúmeros estudos, que deram origem à formalização de conceitos e teorias.

Uma destas perspectivas tem sido o cuidar em enfermagem, pois tal como nos afirma Roach (1984), a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se no cuidar das pessoas, para que estas mantenham, recuperem ou melhorem do seu estado de saúde. Embora o cuidar, se constitua na essência e expressão da enfermagem ao longo da sua história (Collière, 1989), somente nos últimos anos se tem tentado uma conceptualização do mesmo.

Watson (2002), considera que cuidar é a essência de enfermagem, só podendo ser demonstrado e praticado apenas de uma forma interpessoal, visto que implica o encontro de duas pessoas com as suas vivências e experiências. Também Kèrouac et al (1996, p.98), nos referem que “*o cuidar tem um poder, o de nutrir tanto a pessoa que cuida, como a pessoa cuidada*”, ele é único e diferente, sente-se quando está presente, contribuindo tanto para o bem estar da utente como da própria enfermeira.

E porque, nos últimos tempos andamos envolvidas neste projecto, também os nossos olhos vêem os cuidados de modo diferente. Um dia uma utente grávida de 33 semanas deu entrada na sala de partos em início de trabalho de parto, *ela parecia assustada, chorava compulsivamente, o seu olhar demonstrava preocupação com algo, todos pensaram que era devido às dores do trabalho de parto... mas, a enfermeira ao ir ao seu encontro, percebeu que a necessidade daquela pessoa não estava ali, mas longe, no seu outro filho, que deixara no infantário e que não sabia se o marido o teria ido buscar. Ela dizia, “tenho saudades do meu filho”... e então num gesto simples, a enfermeira perguntou-lhe se queria telefonar ao marido e pediu a respectiva chamada.* Após este cuidado aparentemente, insignificante, mas, que demonstrou atenção e preocupação, a senhora acalmou e adormeceu, pois aquele cuidado marcou a diferença, entre cuidar de uma pessoa e cuidar de algo.

Aquele sentimento vivido pela utente, senão fosse percebido pela enfermeira poderia ter impedido todo o relacionamento futuro, e mesmo uma evolução rápida do trabalho de

² - A palavra utente será utilizada para designar o alvo ou o beneficiário dos cuidados de enfermagem, isto é: a pessoa que recebe os cuidados.

parto, que nesta situação particular não seria desejável. Para cuidar é necessário que quem a tal se propõe, não permaneça centrada em si, a vida do outro adquire um significado inesperado, quando a aflição em que se encontra, é notada, partilhada, e desperta o desejo de encontrar um caminho rumo a um bem estar melhor.

Mas questionamo-nos após esta observação, se a enfermeira e a utente teriam dado relevância a este aspecto. Pois o cuidar, pode revelar-se apenas, nas acções concretas que alguém realiza em favor de outrem, sem que o motivo subjacente à escolha de determinadas intervenções possa ser captado. Talvez por isso, há quem insista que não chega afirmar que o cuidar é a essência de enfermagem, sendo necessário demonstrá-lo, através de resultados comportamentais.

Por tudo o que acabamos de referir, os cuidados de enfermagem, são um conjunto de acções e comportamentos realizados que têm como objectivo, identificar as necessidades da utente naquele momento e acompanha-la no seu caminho para ultrapassar aquela fase da sua vida. Os cuidados ultrapassam o simples acto, é mais do que isso é o estar atento ao outro o, preocupar-se, o caminhar com a pessoa e acompanha-la no restabelecimento da sua saúde (Hesbeen, 2000; 2001).

Sendo a prática de enfermagem centrada na pessoa que, em interacção continua com o seu ambiente, vive experiências de saúde (Kérouac, 1996), os cuidados são mais do que o simples cumprimento de múltiplas tarefas. Trata-se de acções reflectidas que requerem um desenvolvimento técnico, científico, relacional, ético, pessoal e estético, pois devem responder às necessidades globais e particulares de cada pessoa, englobando um cuidado individualizado e integração de um saber específico.

A multiplicidade de teorias à volta da enfermagem, não chega para melhorar a sua imagem, a sua prática e o seu reconhecimento, é necessário pensar a profissão a partir da prática dos cuidados, (Hesbeen, 2000), cuja riqueza é pertinente revelar, de modo a aumentar a visibilidade junto dos restantes membros da equipa, bem como da sociedade em geral.

Foi a partir deste pressuposto, que iniciámos esta pesquisa, pois os cuidados de enfermagem existem para melhorar a qualidade de vida das pessoas, que o seu contributo é valioso, mas, por diversos motivos, a visibilidade desses mesmos cuidados é ainda reduzida, havendo aspectos que permanecem ocultos e por isso mesmo não são reconhecidos nem valorizados pelos restantes elementos da equipa de saúde.

Conhecer os cuidados que são caracterizados pela mulher em trabalho de parto, a partir das suas experiências e vivências de serem cuidadas pelas enfermeiras, foi o eixo condutor da pesquisa, na previsão de que da sua análise resultarão alguns contributos para uma conceptualização dos cuidados de enfermagem.

Apesar de ainda existirem poucos estudos neste âmbito, o que ditou que este fosse um estudo exploratório descritivo, os que já existem, começam a iluminar o caminho, carecendo contudo, com nos refere Bastos (1998) de validação nos diferentes contextos, de modo a se poder avançar a nível do conhecimento científico.

Cada vez mais é do consenso, que o cuidado tem a sua existência num determinado contexto de acção. Partilhando desta visão, e porque a entrada na vida está impregnada de “*maneiras de fazer, pelos hábitos e pelas crenças do meio*” (Collière 2003, p.62), que foram o início dos cuidados mais elementares, para manter e acompanhar a vida da mãe que dá à luz e a vida da criança que entra no mundo, que achamos fundamental a importância deste estudo neste contexto de cuidados.

Partimos para uma investigação qualitativa em contexto natural, por nos proporcionar compreender o sentido dado à experiência vivida pela utente (Streubert e Carpenter, 2002), e assim compreender o que é significativo para ela na relação com a enfermeira de modo a “ver os cuidados através dos olhos da utente”, não pela análise das suas partes, mas pela visão do todo. Questionámo-nos pois: *Como é que caracteriza a utente os cuidados de enfermagem numa sala de partos?*

É esta visão do problema através dos olhos da utente, que poderemos compreender o que caracteriza os cuidados de enfermagem e assim clarificá-los permitindo, reformular valores e atitudes mais eficazes, relevantes e que vão ao encontro das necessidades de cuidados daquela mulher que se vai tornar mãe.

A exposição seguinte apresenta-se organizada em quatro capítulos. Assim no primeiro capítulo, fazemos uma breve passagem pela evolução histórica dos cuidados de enfermagem desde a necessidade de ser cuidado, até à profissionalização dos cuidados, passando por uma abordagem do conceito de cuidar segundo os diferentes autores, bem como explicitamos a problemática em estudo. No segundo capítulo, desenvolvemos o percurso metodológico, através da caracterização do estudo, bem como a todos os procedimentos relativamente à recolha e análise dos dados. No terceiro capítulo cujo nome é “acompanhar a utente a ultrapassar...momentos difíceis”, que derivou da análise

dos dados, fazemos referência à categorização efectuada, comparando os dados obtidos com a componente teórica e com estudos já efectuados no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Finalmente apresentamos no quarto capítulo, as principais conclusões do caminho percorrido, que por se referirem apenas ao contexto do estudo não pretendem ser generalizáveis, mas que nos poderão levar á reflexão, foram também traçadas algumas sugestões, no âmbito do ensino, da prática de cuidados e da investigação.

Podermos compreender os cuidados de enfermagem através das pessoas, parece-nos um caminho útil a percorrer. Da investigação empírica surgiram expressões significativas atribuídas aos cuidados que nos ajudaram a tornar visíveis aspectos específicos destes, que segundo Watson (2002) estiveram ignorados durante anos, e assim a enfermeira ao tomar conta, chama a si a responsabilidade para relembrar às pessoas, o quanto é importante aquele cuidado, e o que ele contribuiu para a melhoria do seu bem estar.

I CAPITULO

QUADRO CONCEPTUAL

1 – DA NECESSIDADE DE SER CUIDADO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Desde sempre na história da humanidade que a vida, é marcada por sucessões de passagens, as quais exigem ser envolvidas por cuidados, que representam todos os recursos de talento, engenho, criatividade, a fim de assegurar a continuidade da vida. Cuidar da vida, è esta a primeira arte, a verdadeira criação (Collière, 2003), sendo a origem de todos os conhecimentos e a matriz de todas as culturas, onde a epopeia dos cuidados é em tudo semelhante á epopeia do nascimento.

A espécie humana não teria sobrevivido se não estivesse sujeita à prática de cuidados sendo estes, *”a garantia directa da continuidade da vida, do grupo da espécie Homo”* (Collière 1989, p.25), os quais desde o inicio são reconhecidos como uma função social, em torno da fecundidade, participando principalmente a mulher em redor de tudo o que dá vida. Ao longo dos milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um oficio e muito menos a uma profissão, pertenciam a qualquer pessoa que ajudasse outra a assegurar tudo o que lhe era necessário para continuar com a sua vida (Collière, 1989; Hesbeen, 2004). Contudo, a necessidade de assegurar a manutenção da vida, implicou a distribuição, pelos homens e pelas mulheres, de um conjunto de actividades indispensáveis à garantia das funções vitais, tais como a procura de alimentos, pelo homem e o acompanhamento no cuidar dos filhos, pela mulher (Rodrigues et al, 1998). Ora, assim sendo, esta necessidade de distribuição de tarefas terá contribuído para a divisão do trabalho que segundo Collière (1989, p.20), marcou, *“de maneira determinante, consoante as culturas e as épocas, o lugar do homem e da mulher na vida social e económica”*.

Durante séculos, estas mulheres foram transmitindo os conhecimentos, oriundos da sua experiência prática de mãe para filha, de gerações em gerações, prestavam cuidados ao corpo e era á volta do corpo que os cuidados surgiam, que desde o nascimento até á morte marcam o percurso de todas as vidas: *“ser cuidado ... cuidar-se ... cuidar”* (Ibidem 2003, p.2), onde o cuidado surge como tudo o que ajuda a viver e permite

existir, lugar de expressão da vida individual e colectiva, como o ajudar a nascer, lavar, tocar, massajar, alimentar, cuidar dos moribundos (Bento,1997). Então os cuidados nasceram de todas as práticas, com o objectivo de assegurar, que as passagens da vida se realizassem da melhor forma possível. O nascimento é tão antigo quanto o próprio homem, e reflecte um dos momentos mais determinante da vida humana, onde o cuidar e o ser cuidado são imperativos da sua existência.

Com o desenrolar dos tempos, a identificação da prática de cuidados com a mulher vai sendo alterada, isto por influência da igreja, uma nova concepção de cuidados começou-se a afirmar, cuidados estes que se baseavam em valores cristãos, tais como o amor ao próximo, o amor aos desfavorecidos, a caridade, na qual o mais importante não era salvar o corpo, mas sim a alma, como nos refere Collière (1989, p.54) *“para se libertar, o corpo deve conhecer o sofrimento e a dor”*. Os cuidados ao corpo justificam-se assim, como suporte dos cuidados espirituais, sendo prestados por caridade e porque prestando-os, se ajuda a salvar a alma. Neste contexto os cuidados concretizam-se como refere Guy, citado por Collière (1989) por: corrigir, ensinar, consolar, perdoar, suportar e rezar. Assim pouco a pouco, a prática de cuidados dissocia-se do vivido, do conhecido, para se fixar essencialmente no corpo sofredor, significando uma perda do objectivo da procura do bem estar, em prol de um objectivo de centralização sobre a doença interpretada como sanção ou pecado. Por tudo isto, se criou então um vazio no património dos conhecimentos que, não tendo sido renovados, foi em grande parte perdido.

Com a multiplicidade das descobertas científicas, que se repercutiram fortemente no campo da medicina, a partir do século XIX, o instrumento passa a desempenhar o papel da palavra, a ponto de se substituir a ela *“já não há tempo de falar com os utentes”* (Collière 1989, p.67). Por outro lado, a prática de cuidados passa a ser desempenhada por pessoal considerado como subalterno, religiosas e auxiliares do médico, tendo por funções unicamente a obediência às ordens médicas. Servir era a base da prática dos cuidados. Servir os utentes, os médicos, a instituição e os seus representantes. Este era um modelo associado aos valores da compaixão, humanidade, desinteresse e vocação, sendo o que durante anos perdurou.

Este foi o clima e a situação que Florence Nightingale encontrou e transformou com o seu projecto, a Enfermagem do fim do século XIX, criando a primeira escola de enfermagem, sendo responsável por estabelecer firmes alicerces no moderno sistema de

ensino em enfermagem, cujo principal objectivo visava “*a arte de cuidar do doente*” (Bento1997, p.33). A preocupação das enfermeiras junto da pessoa consistia em fornecer-lhes o melhor ambiente, para que as forças da natureza junto desta actuassem, permitindo-lhe a cura ou mantendo a sua saúde. Salientava ainda que as pessoas que recebiam formação em enfermagem, deveriam gerir os cuidados de enfermagem, tendo como objectivo a sua eficácia e eficiência, distinguindo a formação de enfermagem do saber médico, pelo que é considerada a fundadora da enfermagem moderna (Kérouac et al, 1996).

Foi Florence Nightingale, quem primeiro salientou o cuidar como algo de humano, de profundo, sentindo a necessidade de instituir uma profissão especialmente vocacionada para o cuidar do outro. Mas apesar de alguns constrangimentos, ela procurou que a enfermagem fosse um ideal de serviço, baseado em motivações altruístas e organizadas á volta de necessidades sociais, ditas essenciais, conferindo a esta um carácter de profissionalismo, mas sem por em causa esse mesmo ideal. Abre assim o caminho á profissionalização da enfermagem, bem como ao ensino lança as bases para o saber e o saber fazer, próprios e específicos da enfermagem (Collière, 1989).

Com o evoluir dos tempos o papel técnico conquista o processo do saber fazer, havendo consequentemente uma valorização no que se refere á investigação e reparação da doença. Esta perspectiva identifica-se com o modelo biomédico em que, “*o enfermeiro desenvolve uma prática de cuidados inteiramente tributária de práticas médicas, cujo exercício facilita consideravelmente*” (Ibidem, p.85), dando valorização á doença e aos seus sintomas, reduzindo a pessoa a um conjunto de tecidos, órgãos e sistemas que podem precisar de tratamentos. Esta preocupação com a doença, privilegia a competência técnica em detrimento da relacional (Ribeiro, 1995), sendo essa a base para a tomada de decisões em enfermagem. O trabalho da enfermeira nesta perspectiva consiste na realização de tarefas que tenham como objectivo a cura.

Apesar das enfermeiras continuarem a assegurar um conjunto de actividades que vão ao encontro das necessidades vitais da pessoa, como as necessidades de alimentação, higiene e conforto, entre outras, que têm lugar extra prescrição médica, sendo fundamentais para a manutenção da vida da pessoa, quer para o êxito da acção médica (Bento, 1997), não são valorizadas nem pelas próprias enfermeiras nem pelos restantes elementos da equipa de saúde (Collière, 1989), pois não exigem competência particular, dependendo da consciência de cada um, onde “*o saber nas práticas expressa-se nas*

técnicas de enfermagem que se configuram mais como princípios de organização do que conhecimento propriamente dito” (Waldow et al 1995, p.72). Alicerçadas neste modelo, onde o objectivo é a cura, a prática dos cuidados caracteriza-se pela ênfase nos cuidados físicos, na medida em que o cuidar se transforma em tratar.

Como nos refere Pearson e Vaughan (1992, p.26) este modelo *“não está adaptado às necessidades dos indivíduos, e o seu efeito predominante nos cuidados de saúde tem levado a que seja usado mais no interesse dos profissionais de saúde do que daqueles que procuram, necessitam, ou são orientados para os cuidados de saúde”*, onde o lado humano dos cuidados é desvalorizado.

Mas as enfermeiras insatisfeitas por esta proliferação do domínio da tecnicidade, *“ficam desarmadas pelos pedidos dos doentes que não dependem apenas do domínio técnico”* (Collière 1989, p.150), começando afirmar-se um mal estar nos cuidados ligados á técnica, surgindo esforços para reencontrar o sentido dos cuidados. O desabrochar deste novo sentido dos cuidados e de acordo com a autora anterior, deveu-se á definição de enfermagem de Virgínia Henderson a qual introduziu que: *“é à enfermeira que incumbe a iniciativa e o controlo de tudo o que depende da assistência ao indivíduo doente ou saudável, no desempenho dos actos que contribuem para manter ou recuperar a saúde (ou para uma morte serena) e que desempenharia por si próprio se tivesse força suficiente, vontade e saber”* (p.151). Esta nova perspectiva ultrapassa a execução de meras prescrições médicas, pois incluem os cuidados que sejam necessários para ajudar aquela pessoa, a manter ou recuperar a saúde, dando assim um impulso à relação entre quem presta e quem recebe os cuidados (Collière, 1989).

Foi então nos anos 50 nos Estados Unidos da América, que surgiu uma preocupação em dar cientificidade à prática de enfermagem, contemplando a visão holística do ser humano (Bento, 1997), onde a teoria permite explicitar, o que as enfermeiras fazem e porque è que fazem (Adams, 1994; Pearson e Vaughan, 1992; Kèrouac et al, 1996). Surgiram então, diversas linhas de pensamento que tentam clarificar a especificidade da enfermagem como profissão, ao elaborar modelos conceptuais aos quais Kèrouac et al (1996) organizou fundamentalmente sob a forma de seis escolas de pensamento: a Escola das Necessidades; a Escola da Interacção; a Escola dos Resultados; a Escola da Promoção da Saúde; a Escola do Ser Humano Unitário; a Escola do Caring. Todos estes modelos conceptuais de enfermagem, se apoiam em teorias, sobretudo oriundas das ciências sociais e humanas (Ribeiro, 1995). Por diferentes que sejam, todos eles tem em

comum a centralidade na pessoa, como objecto de cuidados, numa perspectiva holística (Pearson e Vaughan, 1992), o que os distingue do modelo biomédico. Os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, fazem parte de todos os modelos, sendo eles até ao momento, os conceitos chave da disciplina de enfermagem.

As diferentes teorias e modelos que foram surgindo até aos nossos dias, resultaram de reflexões e interrogações que as enfermeiras foram colocando sobre as suas práticas, pretendendo servir de guia á prática de cuidar em enfermagem. No entanto, não se verificou o reconhecimento que pretendíamos, apesar do saber em enfermagem evoluir no sentido de desenvolver um quadro conceptual distinto dos demais, na qual se inclui a preocupação de explicitar qual a essência dos cuidados de enfermagem.

A riqueza do cuidar preconizada por Florence Nightingale, perdeu-se no entanto, ao longo dos tempos em favor da técnica e das muitas solicitações da sociedade moderna, para voltar, com o aparecimento dos diversos modelos e teorias de enfermagem, à sua vocação primitiva, mas desta vez mais enriquecida com os aportes relativos à época em que surge.

Cuidar foi tão necessário para os nossos antepassados como o é para os homens de hoje e como será para os homens do futuro. Historicamente o termo enfermagem sempre significou cuidar. Acto este, que se forma e transforma ao longo dos tempos, procurando adequar-se a realidades do seu tempo, sob a influência de modificações económicas, políticas e sociais de evoluções científicas e tecnológicas e incorporação de novos conhecimentos da própria enfermagem, sendo o “*poder de cuidar que legítima a acção do enfermeiro*” (Carvalho 1996, p.45).

E porque, a pessoa nasce incapaz de se cuidar e ao longo da sua vida pode encontrar-se em situação de incapacidade para prestar cuidados, que necessita por falta de conhecimento ou porque as suas capacidades se desgastam, se enfraquecem ou se esgotam, surgem então os cuidados de enfermagem na pessoa da enfermeira, que é uma verdadeira “*artífice dos cuidados*”, com um corpo de conhecimentos específicos, que lhe permite responder a esta necessidade da pessoa (Hesbeen 2000, p.99).

Por isto, importa termos em conta o potencial prometedora das novas concepções da disciplina de enfermagem, que abrem a via a uma filosofia orientada para o cuidar, como essência da mesma.

2 – DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Numa necessidade de reencontro e procura de identidade, a identidade do próprio campo de competências, a concepção e a prática de enfermagem tem vindo afirmar-se, cada vez mais, como acto de cuidar. E porque, é importante integrar o seu significado no contexto profissional, torna-se pertinente defini-lo.

Como verbo transitivo, cuidar reporta-nos a “*fazer com cuidado; imaginar*”, como verbo intransitivo, remete-nos para “*reflectir, tratar de, interessar-se por*”. Comportando um movimento reflexo, podendo também significar “*imaginar-se, julgar-se*” (Dicionário de Língua Portuguesa 2002, p.214). Assim, para cuidar de alguém de facto é necessário aplicar a atenção a essa pessoa como ser único e singular que é, reflectir sobre ela e sobre a sua situação, interessando-se, preocupando-se e agir em seu favor.

Quando na literatura de enfermagem, procuramos definições de cuidar, encontramos quase todos os significados atrás mencionados, ora isolados, ora articulados, consoante o entendimento das autoras sobre o fenómeno de tal grandeza que dificilmente cabe nos limites de uma definição, e como nos refere Hesbeen (2004, p.9), cujo “*seu conteúdo é indescritível*”.

Muitas são as teorias que se têm debruçado sobre esta questão, tanto mais complexa, quanto maior vai sendo a consciência de cada um de nós, que embora todos sejamos unânimes em aceitar que o cuidar é a razão de ser da enfermagem, como conhecimento e como intervenção, mas quando nos questionamos, sobre o que é afinal cuidar, nem todos somos capazes de o definir.

O cuidar em enfermagem requer teoria e prática, indo para além de um mero pensamento à acção, onde cada momento de cuidar (Watson, 2002), vá ao encontro daquela pessoa que é o nosso alvo de atenção, ajudando-a a encontrar um modo de vida significativo numa determinada situação (Hesbeen, 2004).

As enfermeiras ao cuidar, procuram que os serviços que prestam englobem a pessoa com um passado, com as suas experiências, inserida num ambiente, procurando uma lógica em que o cuidar não se reveja apenas em actos físicos, mas abarque a pessoa no seu todo (Watson, 2002), pois o ser humano não se limita a um corpo-objecto, mas é o ser enquanto ser, enquanto corpo-sujeito, o mesmo será dizer, a pessoa doente como sujeito, que tem necessidades de atenção e ajuda (Hesbeen, 2000). É esta forma de estar e de actuar, que permite estabelecer a diferença entre quem trata e cuida de alguém.

Se tomarmos como referência Collière (1989, p.49), podemos considerar o cuidar como “*ajudar a viver estimulando todas as necessidades de ser pessoa*”. Nesta perspectiva quem cuida, não pode limitar-se apenas a prestar cuidados de reparação, a tratar a doença por mais ou menos grave que seja, mas deve associar a estes, os cuidados quotidianos e habituais de vida com todas as suas necessidades, e o interesse pela doença não pode suplantar o interesse pela pessoa, que necessita dos nossos cuidados.

Assim a prática de cuidar revela-se através de um “*acto único de criação*” (Hesbeen 2000, p.99), pertinente e que seja de ajuda, numa presença, que inclui tocar, partilha de sentimentos e vivências, dar oportunidade à pessoa para sentir e se exprimir, num processo que envolve respeito, consideração, carinho (Watson, 2000) no sentido de ajudar a crescer todos o que nele estão envolvidos.

Na sua visão transcultural Leininger (1988) in Kérouac et al (1996), considera o ser humano inseparável da sua componente cultural e social, ao referir que o cuidar humano é um fenómeno universal e que as suas expressões, processos, e padrões variam entre culturas. Para a mesma autora, no acto de cuidar está contido um agir para, ter afeição por, assistir alguém, preocupar-se com, ou seja é transformar, modificar uma situação. Neste contexto, o cuidar é então formado pelo conjunto de acções que permitem à enfermeira, descobrir de forma subtil os sinais de melhoria ou deterioração do estado da pessoa, facilitando ou sustentando a saúde, respeitando os valores e as crenças, o seu modo de vida e a sua cultura, ou seja, refere-se a todas as acções e actividades directas para os cuidados, que melhorem a condição humana.

Watson (2002), defende que o cuidado de enfermagem é um processo intersubjectivo e de conhecimento epistémico, onde o cuidado começa quando a enfermeira entra no campo fenomenológico da pessoa, e está em condições para detectar, sentir e responder às necessidades da pessoa de tal forma, que está última é capaz de transmitir

sentimentos e pensamentos subjectivos, sendo a finalidade da enfermagem, ajudar a pessoa a atingir um alto nível de harmonia entre a sua alma, o seu corpo e o seu espírito.

Os factores de cuidar que formam um quadro conceptual para compreender o cuidado de enfermagem são definidos por Watson (1998), como o fundamento da estrutura da ciência do cuidar: 1-formação de um sistema de valores humanista e altruísta; 2- inculcar a fé e a esperança; 3- sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros; 4- desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança; 5- promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; 6- utilização sistemática do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; 7- promoção da componente interpessoal no processo ensino aprendizagem; 8- fornecimento de um ambiente de apoio, de protecção mental, física, sócio-cultural e espiritual; 9- ajuda na satisfação das necessidades humanas; 10- promoção dos factores existenciais e fenomenológicos.

Esta autora (2002) enfatiza as dimensões morais e éticas do cuidar, considerando o cuidar um compromisso moral que, tem como objectivos proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, que só pode ser demonstrado e praticado numa relação interpessoal. Nos seus estudos sobre o cuidar encontrou as categorias: *“tratar o indivíduo como uma pessoa; preocupação e empatia; características personalizadas da enfermagem; processo de comunicação e esforço extra”* (p.64), comprovando a visão de que este implica uma resposta pessoal, na relação com o outro, onde as próprias acções e o modo como o cuidar é revelado, são ideais, em que as pessoas desejam ser cuidadas.

Cuidar de outrem depende de cada um de nós, da nossa capacidade natural de cuidar comum a todos os seres humanos, que nos leva a actuar em prol do outro, como a mãe que naturalmente cuida do seu filho. E para que isto aconteça, Watson (2002) acrescenta, que tem de haver valores subjacentes e um empenhamento, uma intenção, uma vontade de cuidar, conhecimentos e acções carinhosas.

Cada um, através da atenção dispensada à pessoa, cuida na medida que estabelece como objectivo, a sua própria satisfação e a dela, numa atitude altruísta e responsável que tem em vista fazer o bem (Hesbeen, 2004), por tudo isto, cuidar exige por parte daquele que cuida, aprendizagem, paciência, perseverança, habilidades e uma atenção dispensada numa singularidade única (Ibidem, 2000; 2001).

Na mesma linha de pensamento Lazure (1994), incita-nos a redescobrir o significado profundo duma reciprocidade de ajuda entre pessoas cuidadas e cuidadores, afirmando que o reencontro entre a enfermeira e a utente leva-os á evolução de um com o outro. Esta autora realça ainda uma importante dimensão do cuidar: o papel activo que a utente deve ter no processo. Neste sentido a função da enfermeira é oferecer-lhe, sem qualquer tipo de imposição, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os seus recursos pessoais para resolver os seus problemas.

Desta forma, e para Roach (1984), a enfermeira deve ser consciente, competente, confiante, compassiva e comprometida com o outro, tendo sempre presente os seus valores. Na sua visão holística do ser humano, a autora, caracterizou o cuidar em cinco “cês”: *compaixão* (relação vivida em solidariedade); *competência* (conhecimento, habilidades); *confiança* (promoção de relações); *consciência* (estado de conhecimento moral, envolve o poder espiritual da afectividade); *comprometimento* (convergência entre desejos e obrigações). Na visão desta autora, o cuidar embora não sendo único à enfermagem, no sentido de a distinguir das outras profissões, torna-se único no sentido de que, de entre outras características descritas à enfermagem, é considerado a sua essência onde as outras características se integram e corporizam. Este modo de estar, incorpora uma consciência e conhecimentos das necessidades da pessoa, através de um agir intencional, que contribua para uma mudança positiva no bem estar dos outros (Watson, 2002), revelando o cuidar, o cuidado que se teve com o outro.

E para que as enfermeiras possam cuidar, é condição importante, do ponto de vista de Watson (1998), que elas enfrentem os seus próprios problemas existenciais e que se ocupem de si para poderem cuidar do outro. Face ao exposto também Collière (1999), considera que a enfermeira para poder cuidar da vida do outro, tem ela própria de amar a vida e pensa ainda, que a profissão de enfermagem deve ser para estes profissionais, uma fonte de satisfação, realização e enriquecimento. Assim, é importante que saibam situar o outro e situar-se a si próprios, como pessoas a actuarem em complementaridade com o que os próprios utentes ainda não sabem fazer, não podem, já não podem ou podem fazer com suporte de ajuda.

As ideias com o tempo vão ficando mais claras e, por vezes mais confusas. No entanto, o cuidar é tão mais complexo do que parece! Apesar desta indagação ninguém poderá negar que cuidar da pessoa é a essência de enfermagem. Pelo que é a pensar nos outros

que nos devemos definir, que devemos crescer e ajudá-los a crescer com o nosso crescimento.

Também Mayeroff (1990, p.10) no seu livro *On Caring*, nos refere que cuidar “*é ajudar o outro a crescer e a realizar-se*”, pelo que cuidar da mulher em trabalho de parto é ajudá-la a ultrapassar uma situação difícil, em que o cuidado marca a diferença. E é na base de uma confiança mútua (Watson, 1998; 2002), que este cuidado acontece, proporcionando através do diálogo informação sobre a sua situação, alternativas possíveis e as suas consequências. Uma enfermeira que conhece bem a pessoa e o seu contexto de vida, pode facilitar as interações e decisões conjuntas. O trabalho de parto é um momento repleto de dúvidas, pelo que se deve partilhar com a pessoa todos os nossos saberes, de modo a acompanhar o seu caminho, que também é nosso. Pelo que concordamos com Ziegel e Cranley (1985) quando nos referem, que o ideal seria que cada mulher em trabalho de parto fosse cuidada por uma enfermeira que lhe fosse familiar, de um convívio que viesse desde a assistência pré-natal. Esta situação apesar de ser a mais adequada é, no entanto, difícil de contornar devido ao nosso sistema de saúde. No entanto, algo se tem vindo a fazer, de modo a aliviar todos os sentimentos que a hospitalização provoca, como seja, proporcionar às utentes a visita à maternidade, antes do parto, permitindo ao casal não só tomar conhecimento do funcionamento da mesma, mas também no fundo conhecer alguns profissionais, tornando assim familiar o desconhecido.

Cuidar é assim uma manifestação natural que emerge da vida, libertando a pessoa, abrindo-a à vida e ligando-a a si própria e aos outros, ajudando-a, assim, a viver mais significativamente. Neste cuidar, vale a pena lembrar as suas componentes, que Mayeroff (1990) caracteriza como: *conhecimento* (é necessário conhecer as necessidades da pessoa e responder a elas adequadamente); *ritmos alternados* (compreende a acção e a reflexão); *paciência* (envolve estar presente, solidariedade, tolerância e respeito); *honestidade* (ser coerente ao cuidar do outro); *confiança* (confiar no crescimento de outra pessoa); *humildade* (envolve prontidão e desejo em aprender mais sobre a pessoa); *esperança* (significa permanece com o outro); *coragem* (caminhar para o desconhecido). Neste encontro com o outro e a nossa compreensão do que a pessoa é, são determinantes para o cuidar, onde cada acto individual que prestamos a nós próprios, é um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a outra pessoa que temporariamente tem necessidades (Collière, 1989).

O cuidar que caracteriza a enfermagem deve ser uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica. Significando, que a enfermeira e a utente vivem a relação no momento, onde a presença nos cuidados repercute uma serenidade amiga e uma disponibilidade para os outros, que não se encontram em nenhum outro lugar (Smith e Vogel, 2003).

A literatura de enfermagem aborda diversas perspectivas complementares de cuidar, entre as quais algumas já mencionadas por nós, contudo, verificamos que ainda não se chegou a uma definição consensual de cuidar. Sendo este um fenómeno universal, é encarado sob pontos de vista diferentes, o que nos leva a inferir que é necessário continuar a investigar as práticas de cuidados, para podermos dizer aos outros qual a essência do nosso trabalho, ou seja, o que fazemos e porque o fazemos.

Morse et al (1990) encontraram no seu estudo diferentes perspectivas do cuidar em enfermagem, verificando que este permanece difuso, o que poderá estar relacionado com o facto de não ter sido ainda suficientemente estudado. Não obstante, Morse e as suas colaboradoras encontraram, cinco premissas básicas de conceber o cuidar e que passamos a descrever:

➡ *o cuidar como traço humano*

As teóricas que defendem esta perspectiva segundo as autoras acreditam que cuidar faz parte da natureza do ser humano, manifestando-se nas actividades que realiza, sendo um componente essencial, necessário à sua sobrevivência, constituindo a base da sociedade humana. Assim o cuidar como o modo natural de estar no mundo, constitui um poderoso meio de ajuda que visa a protecção da dimensão humana e a melhoria da condição daquele a quem se destina.

➡ *o cuidar como interacção pessoal*

Ao perspectivar o cuidar como uma interacção pessoal entre a enfermeira / utente, na qual cada um percebe o outro como indivíduo único, integrando sentimentos, comportamentos, compromissos e respostas dirigidas a finalidades humanísticas. Isto acontece quando a enfermeira, a par de um comportamento tecnicamente competente, demonstra de uma forma harmoniosa, um cuidado que não se revela apenas nos actos que realiza, mas no seu modo básico de estar no mundo.

➡ *o cuidar como intervenção terapêutica*

Aqui a ênfase é colocada no desempenho profissional, através de conhecimentos adequados, habilidades e congruência entre as acções de enfermagem e percepção das necessidades das utentes. Deste modo espera-se que a utente se sinta cuidada, que proporcione mudanças positivas e permitam a capacidade de autocuidado, de modo a alcançar e manter o nível de saúde.

↳ *o cuidar como imperativo moral*

Aqui o cuidar, manifesta-se na preocupação com o bem estar daquele de quem se cuida e com o empenhamento na manutenção da sua dignidade e respeito na sua qualidade de ser humano.

↳ *o cuidar como afecto*

Mas o cuidar pode ser também entendido como um sentimento de dedicação ao outro, onde se enfatiza a dimensão emocional, através de uma resposta centrada na intimidade enfermeira / utente. Captar o cuidar de um modo afectivo é, um aspecto de abertura ao outro, pois a “*afectividade é precisamente o que cada um de nós tem de mais profundo*” (Vattimo 1996, p.41).

Do que ficou dito, poderíamos pensar que o cuidar em enfermagem ou é um traço humano, ou uma interacção pessoal, ou uma intervenção terapêutica, um imperativo moral ou mesmo um afecto. Todavia, o cuidar, sendo expressão significativa do ser humano, não é cada um destes fenómenos por si só, nem apenas o somatório deles, mas o conjunto de todos, simultaneamente.

Swanson (1991), acredita que as componentes essenciais do cuidar continuam pouco claras. Segundo a autora várias enfermeiras se têm preocupado em conceptualizar o cuidar, mas tal ainda não foi possível.

Larson (1984) referida por Swanson (1991), ao analisar o comportamento de cuidar em enfermagem e as descrições feitas apartir das perspectivas das enfermeiras e das utentes, revelou discrepâncias relativamente a comportamentos importantes no âmbito dos cuidados de enfermagem. Assim enquanto as enfermeiras enfatizam a relação de ajuda, o escutar a utente, como elementos importantes no cuidar, as utentes enfatizam a dimensão técnica / instrumental. Perante estes estudos, Swanson (1991, p.161) faz algumas questões pertinentes: “*Será que o cuidar está dependente do contexto? Será, sobretudo um comportamento intencional do enfermeiro? Ou será uma percepção*

somente identificável somente aos olhos da utente? É um ideal moral? Ou será uma forma de estar no mundo?

Na procura de respostas, a autora realizou uma investigação fenomenológica em três contextos perinatais separados (mulheres que tinham abortado, pais e mães de crianças internadas numa unidade de cuidados intensivos neonatais, profissionais dessa unidade e mães socialmente em risco, que tinham recebido cuidados de enfermagem de saúde pública), para a qual a levaram a identificar cinco processos de cuidar:

➔ *Conhecer* – é tentar compreender um acontecimento que tem sentido na vida do outro, sem colocar ideias pré-concebidas, centralizando-se na utente, fazendo uma apreciação meticulosa da experiência de quem é cuidado.

➔ *Estar com* – É abrir-se emocionalmente à realidade do outro, é simplesmente estar lá, mostrar disponibilidade e partilhar sentimentos.

➔ *Possibilitar* – É facilitar a passagem do outro, pelas transições da vida e acontecimentos desconhecidos, através de informações e explicações, suporte emocional de forma a permitir e a validar os sentimentos dos outros. Ou seja, possibilitar, inclui assistir a utente para descobrir as suas preocupações, fornecendo alternativas e reflectir as formas de actuar numa situação.

➔ *Fazer por* – É fazer pelo outro tal como ele faria por si próprio se fosse possível. Através do confortar, antecipar, executar com competência, protegendo as necessidades do outro de modo a preservar a sua dignidade.

➔ *Manter a crença* – O último processo de cuidar é acreditar na capacidade do outro para ultrapassar um acontecimento e enfrentar o futuro com significado, ou seja, ir até ao fim com a pessoa.

Estes resultados encontrados por Swanson (1991), são consistentes com a literatura teórica sobre o cuidar, ao ser comparado com o papel de ajuda da enfermeira definido por Benner e os factores de cuidar propostos por Watson. Os estudos concluíram que o cuidar é um fenómeno central e unificador da enfermagem, mas não sobressai um conceito de cuidar como único ao conhecimento da prática de enfermagem, sendo portanto necessário continuar a investigar.

Também em Portugal se tem tentado clarificar as acções de cuidar. Magão (1992) procurando identificar a estrutura essencial do fenómeno cuidar desenvolveu uma

pesquisa de orientação fenomenológica utilizando para a sua amostra, os docentes de uma Escola Superior de Enfermagem. Da sua análise são expressões como:

“(...) preocupação com o outro como pessoa”;

“(...) cuidar realmente é perceber o que se passa com as pessoas”;

“(...) cuidar implica que eu esteja atento ao outro”;

“(...) cuidar é ser capaz de entrar em relação com pessoas” (p.85 a 91).

Apesar do conceito de cuidar ser complexo, multidimensional, existe por parte da enfermeira um sentido de que este é a atenção, a preocupação com aquela pessoa, que é igual a si mesma, livre e que devidamente informada é capaz de decidir o que é mais conveniente numa relação, que tenha por base o desenvolvimento e crescimento de ambos, para atingir o bem-estar.

Cuidar do outro acontece sempre numa situação nova e complexa, que desperta o nosso sentido mais profundo e belo, sente-se, que tem qualquer coisa de misterioso. Ou ainda o cuidar de outro ser humano é partilhar, o conhecimento, o desejo e a vontade necessários à concretização de um projecto de vida, onde se inscreva o desenvolvimento máximo das suas capacidades como pessoa, o que só acontece, se aquele que cuida não tiver desistido do próprio crescimento e se dispuser a acompanhar aquela pessoa, até onde a possibilidade o permitam. Nesta perspectiva, *“o cuidar é ir ao encontro de outra pessoa, para a acompanhar na promoção da sua saúde”*, sendo que é necessário para este acompanhamento de *“criar laços de confiança”*, que permitam diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou uma situação inquietante (Hesbeen 2001, p.23).

O ambiente hospitalar, com ruídos, gritos, aparelhos, instrumentos, tudo diferente do ambiente do parto de outrora, em que se paria junto dos seus pertences, dos seus familiares mais próximos, onde *“as mulheres tomavam conta daquela mãe, dando-lhe descanso, apoio da sua presença e libertando-a das tarefas mais pesadas, naqueles primeiros tempos em que sentindo-se embora rica de um novo filho, vivia uma experiência nova e perturbadora”* (Biscaia 2002, p.69), permitindo á utente sentir-se perdida e assustada num ambiente que lhes é praticamente desconhecido, onde as coisas vulgares se tornam difíceis, a linguagem técnica por vezes inacessível e pequenos sinais de impaciência são tidos como sinais de rejeição, é nesta altura que as utentes sentem, que uma simples gentileza que reconheça a sua individualidade, seria capaz de aliviar os

seus sentimentos de inadaptação. Por isto, é necessário que quem cuida interprete os significados e preocupações da pessoa, num relacionamento único, de modo a encorajá-la na busca e no encontro de um caminho que é seu (Hesbeen, 2004), onde a compreensão, a aceitação, o estímulo, o carinho e o respeito estejam presentes em todos os actos. E porque cuidar requer o envolvimento entre pessoas, ele “*é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana*” (Watson 2002, p.50).

A mulher em trabalho de parto experimenta algumas das mais chocantes emoções humanas, incluindo estupefacção, expectativa, incerteza (Ziegel e Cranley, 1985) e dúvidas quanto ao filho fantasiado (Kitzinger, 1984), encontrando-se vulnerável e com medo do desconhecido. Esta grande tensão emocional, o medo, preocupação, apreensão, aumenta o desconforto do trabalho de parto, podendo afectar o seu curso e algumas vezes até impedir o seu progresso. E porque é a enfermeira que mais tempo passa junto da utente, esta encontra-se numa posição privilegiada a de cuidar, cuidar da mulher que lhe confia o que de mais precioso possui, a sua vida e a do seu filho.

Assim os cuidados de enfermagem, são a atenção particular prestada por uma enfermeira a uma pessoa e aos seus familiares, com a finalidade de os ajudar na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem, proporcionando uma serenidade á pessoa através do conforto, da doçura, do calor humano e da atenção aos mil e um pormenores (Hesbeen, 2000; 2001), pois “*a vida deve emanar de um acto de amor humano*” (Mendes 1991, p.2).

Durante o trabalho de parto uma mulher parece estar envolvida numa actividade puramente fisiológica e, sob muitos aspectos, solitária (Kitzinger, 1996), atravessando esta quatro períodos: o primeiro também denominado período de dilatação, que é responsável pelo apagamento, dilatação do colo e descida da apresentação até á dilatação completa; o segundo período vai desde a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, também denominado período expulsivo; o terceiro, pela saída da placenta e membranas ou período da dequitação; o quarto, pelo reajustamento inicial dos órgãos maternos (Lowdermilk, 1999), denominado de período pós parto imediato. O trabalho de parto é um período de transição da espera de um filho á realidade de tê-lo.

As nossas vidas carregam ainda um peso de uma herança cultural que tem por detrás uma filosofia de vida, que se exprime sempre um pouco no ressentimento, na amargura,

e à qual está ligada a ideia de que o nascimento de uma criança deve ser com dor, “a dor do parto e do amor, são marcas que se exprimem nos corpos, que os transformam e, se essa dor não existir, o amor também não existe, parir é dor criar é amor” (Joaquim 1983, p.68). O parto como muitos processos nunca é totalmente natural, reflectindo valores sociais, que variam de acordo com a sociedade, como nos referencia a autora anterior um acontecimento colectivo em que a comunidade participa. Se bem que durante anos, o parto fosse considerado exclusivamente assunto e prática de mulheres, os homens foram progressivamente entrando neste campo, primeiro de uma forma técnica através da obstetrícia (Mendes, 1991) e muito mais tarde, já nos nossos dias, ao assumirem uma paternidade que se torna responsável não só no decurso da gravidez (Capinha, 1999), como também na sua presença junto da mulher que está em trabalho de parto, incentivando e partilhando os receios e as alegrias.

Num estudo realizado por Moreira (1995) sobre a temática “A Presença do Marido no Trabalho de Parto” concluiu que a presença deste, influência todo o estado emocional e psicológico daquela futura mãe e que a presença do mesmo, diminui a depressão pós-parto.

Este momento começa então nos nossos tempos a ser vivido conjuntamente, onde surgem sentimentos de ambivalência, os quais despertam ansiedades do desconhecido, onde o ter o seu filho nos braços, de poder vê-lo, tocá-lo é uma alegria que nas palavras de uma utente é “*inexplicável e inesquecível*”.

Por todas estas emoções, por tudo o que é vivido pelas utentes, é importante que a enfermeira de saúde materna e obstétrica estabeleça um contacto interpessoal, interessado e insubstituível, onde a comunicação é um instrumento básico de interacção humana, que lhe permite, o contacto próximo com a sua utente, captando as necessidades expressas quer pela linguagem verbal quer por comportamentos das utentes, ajudando-a a tornar-se mais independente nas suas actividades e decisões, devendo permitir igualmente o crescimento da enfermeira.

E porque, o cuidar se enquadra numa perspectiva de prestar ajuda à pessoa na sua situação singular, naquele momento único, com a sua carga afectiva, vivências e experiências pessoais (Hesbeen, 2000), que o encontro entre esses dois seres humanos se torna para ambos, significativo e, portanto inesquecível, onde o crescimento e desenvolvimento pessoal de quem cuida e de quem é cuidado é o alcance da plena realização num processo de partilha de quem recebe e presta os cuidados (Collière,

1989), povoado de experiências, dolorosas, alegres e únicas, onde o eco afectivo se faz ouvir de novo.

Temos de assumir agora e no futuro, a responsabilidade ética e moral perante o indivíduo e a sociedade, no sentido de ser preservado o cuidado humano constantemente ameaçado pela alta tecnologia, que parece caracterizar a nossa época e talvez por isso tão valorizada. Urge, trazer à consciência das enfermeiras e da restante equipa, o sentido da palavra cuidar.

A nossa intervenção junto da utente que nos procura tem de ser mais do que prestar cuidados com vista à reparação ou à continuação da vida, tem também de incorporar uma dimensão cuidativa, onde esteja implícito um verdadeiro interesse, preocupação e respeito pela pessoa que necessita de cuidados, pois segundo Honoré (2004), só assim se dá sentido à existência daquela pessoa.

Concordamos com Watson (2002), ao afirmar que a falta mais comum nos cuidados de enfermagem reside provavelmente no deficiente estabelecimento de uma relação de ajuda / confiança, tornando a prática em cuidados estéreis, pouco eficazes e com consequências desfavoráveis para as utentes. E porque, uma característica importante dos cuidados é serem mais notados quando a sua ausência, a indiferença, nos alertam para a falta que faz, aquele cuidado.

No contexto profissional em que o cuidar é a preocupação central e os cuidados são considerados como a principal actividade, a relação entre estes passa a ser caracterizada pela existência ou não do cuidar.

Trabalhos recentes sobre o efeito do não cuidar foram reportados por Halldorsdottir (1999) segundo Watson (2000), a utentes com cancro, a autora descobriu que esses efeitos do não cuidar levam ao desespero e falta de esperança. Também Ferreira (2002) no seu estudo sobre cuidar da pessoa com dor, nos revela que a utente considera negativo o desinteresse, a indiferença, a indisponibilidade, a utilização da competência técnica desprovida de qualquer relação positiva, o ser tratado como um objecto, em que apenas a dimensão corpo é valorizada, e acrescenta que por tudo isto a utente não se sente um ser humano.

Quando a ausência, a indiferença, nos alerta para algo, é porque foi notado o quanto é importante para se sentir pessoa aquele cuidado, aquela “*atenção dada a, a preocupação com...*” (Hesbeen 2004, p.25), pois quem se vê na necessidade de

depende de outrem, para ultrapassar com êxito uma circunstância em que a capacidade de se autocuidar está diminuída e a vulnerabilidade aumentada, espera dessa pessoa não só conhecimentos técnico-científicos, mas também calor humano, escuta, disponibilidade, simplicidade, humildade, autenticidade, humor e compaixão (Ibidem, 2000). Porque cuidar da pessoa significa dar um pouco de nós (Lazure 1994), interessarmo-nos, e preocuparmo-nos, com ela que vive um momento tão inesquecível como é ser mãe.

Uma situação de trabalho de parto pode ser acompanhada por uma diversidade de sentimentos, dos mais agradáveis aos mais dolorosos, não só em função do desenrolar de todo o processo, da personalidade da própria mãe, das suas circunstâncias de vida, experiências anteriores e expectativas, mas também de importância crucial o ambiente e todo o envolvimento afectivo em que esta se encontra. De salientar, que um acontecimento tão importante para a própria vida, pode muitas vezes constituir-se em momento de festa ou de sofrimento, por influência de quem cuida.

Senão repararmos nos relatos destas jovens mães, *“fui colocada numa sala em que me iam ministrando soro... poucas palavras se trocaram; considero tudo mecanizado; senti-me a doente da cama A”* (Fernandes e Vieira 2000, p.74), que apesar de estarem a ser alvos de cuidados transmitem o seu sofrimento, o desrespeito e a humilhação como pessoa. São estas palavras do sujeito de cuidados que nos alertam para o quanto é importante cuidar do outro, considerando a pessoa como um ser único e singular que é, e não “mais uma”.

Em todos os momentos de cuidar a enfermeira deve contribuir para combater os factores de tensão, o medo do sofrimento e a solidão daquela pessoa que está no meio dos outros e se sente sozinha, pois segundo Collière (1989), a acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde. O cuidado dispensado ao outro não se pode reduzir, ao cuidado com o seu corpo, é também o cuidado dedicado á identidade do outro, que tem um nome, á palavra, ás suas preocupações (Honoré, 2004), e que constituem a sua existência. Assim poderíamos considerar o cuidado de enfermagem como tudo o que se organiza para que a vida continue (Moraga, 1998).

As enfermeiras têm sempre a possibilidade de fazer sempre mais por alguém, de ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas, pois o cuidado de enfermagem é composto de múltiplas acções, e apesar

do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de pequenas coisas, dão a possibilidade de manifestar atenção à utente, e família, ao longo das vinte e quatro horas por dia (Hesbeen, 2000; 2001). Estas pequenas coisas que contribuem para o seu bem estar, são actos que dão á utente o sentimento de ser considerada e valorizada enquanto pessoa.

Verifica-se então, que o seu conteúdo é variável e indivisível. Consiste tanto em colocar uma perfusão em curso, como prestar cuidados de higiene e conforto; em reconfortar familiares; como em fazer o acolhimento à utente; em preparar a alta, como em sentar-se junto da utente para falar, ou simplesmente ficar em silêncio, numa presença contínua (Hesbeen, 2000), escutar a utente (Chalifour, 1994); ajudar a ultrapassar o medo das contracções, bem como a ensinar o controle da respiração nos diferentes momentos do trabalho de parto (Ziegel e Cranley 1985)... é no fundo preocupar-se com a pessoa. Nada disto é insignificante quando se insere numa perspectiva de enfermagem onde, *“todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver”* (Lazure 1994, p.7).

Por tudo o que referimos as enfermeiras são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo, que não se manifesta, apenas por actos praticados visíveis aos olhos, mas também da capacidade de ir ao encontro daquela pessoa e de a acompanhar, nos seus momentos mais difíceis de modo a percorrer o caminho, que para ela tenha sentido (Hesbeen, 2000; 2001).

E porque não se consegue ser exaustivo em situação de cuidados, pois não se consegue pensar em tudo, trata-se, sim, de aprender a procurar o que adquire sentido e que conduz, na maior parte das vezes, em que não se tinha pensado, ou que nunca se teria imaginado (Collière, 2003), é a pesquisa que melhor poderá contribuir para designar uma parte do indizível dos cuidados e aí revelar a sua parte invisível (Hesbeen, 2004). Tratando-se de falar com mais exactidão, o que realmente compõe intrinsecamente a profissão diária daqueles que cuidam, e que são os profissionais de enfermagem.

3 - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Explicitar a problemática a partir das nossas inquietações é dar luz, ao sentido particular de forma específica, na qual se procurará uma resposta para a pergunta de partida (Quivy & Campenhoudt, 1992). Dúvidas e preocupações acompanham-nos, na procura de uma maior compreensão da complexidade que envolve, a experiência humana, inserindo-se nesta problemática a situação daquele que é cuidado. Mas a inquietação é, *“marca do espírito que não se alimenta de simplismo e de certezas estabelecidas”* (Ibidem, p.19). Pretendemos que este estudo traga benefícios para a Enfermagem, na *“procura de verdades ocultas”* e assim, contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos acerca, do mundo da experiência humana (Watson 2002, p.8).

Na actualidade tem sido preocupação dominante das enfermeiras, identificar e apresentar aquilo que é a especificidade da enfermagem, já que *“... só a prova do contributo específico da prestação de cuidados e serviços de enfermagem, pode permitir aos enfermeiros serem social, económica e juridicamente reconhecidos pela garantia do que oferece a sua competência”* (Collière 1989, p.12). Neste contexto é necessário centrar a investigação ao nível da prática dos cuidados, de modo, a aumentar os conhecimentos que vão de encontro a uma eficácia dos cuidados e a um reconhecimento profissional (Collière, 1989; Adam, 1994; Hesbeen, 2000; 2001; 2004).

Temos feito poucos estudos de investigação acerca das práticas de cuidados (Basto, 2000), o que nos leva a admitir, que sabemos pouco sobre as práticas de enfermagem (Benner, 2001), existindo ainda cuidados que as enfermeiras prestam, que não têm a visibilidade necessária e por tal não são reconhecidos.

Jean Watson (2002) no prefácio do seu livro *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - uma Teoria de Enfermagem*, refere que a prática da enfermagem é em si um mistério a ser vivido. Como poderemos nós dar luz a este mistério, de forma a que possa ser visível, valorizado, avaliado, desenvolvido e incorporado na formação de enfermagem e na prática de enfermagem?

È este o contexto que dá corpo, que constitui o embrião desta investigação, que tem como pergunta de partida: *Como dar visibilidade aos cuidados de enfermagem?* de modo a poder desocultar e clarificar a parte invisível dos cuidados, pois como nos diz Collière (1999, p.28), “ *os cuidados são universais e todos aparecem e se elaboram ao redor de dois grandes momentos da vida que são o nascimento e a morte*”. É sem dúvida nestes momentos tão cruciais, que os cuidados têm o seu sentido, e revelam a sua natureza, qualquer que seja a variedade e as formas de realizá-los.

A constatação de que entre os pensadores de enfermagem, as conceptualizações e as perspectivas teóricas dos cuidados são variadas, leva-nos a reflectir que o cuidar é mais complexo do que parece. Para Swanson (1991), a história e prática das enfermeiras têm demonstrado que o cuidar e o seu significado continuam pouco claras, não existindo uma definição ou conceptualização do cuidar universal. Também Basto (1998, p.81), nos refere que “*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 associado a valores diferentes*”.

Foi a partir das últimas décadas que várias teóricas e investigadoras de enfermagem, contribuíram para o aprofundamento da estrutura e conhecimento da disciplina de enfermagem, desenvolvendo teorias. Silva (1998, p.196) afirma que “*... a quantidade de análises lógicas e de argumentação, testes empíricos e explicações às teorias do cuidado é ainda limitada. (...) vários autores são unânimes ao constatarem as imensas lacunas sobre o assunto*” A mesma autora refere, que a maior parte das teorias de enfermagem têm conceptualizado os cuidados de enfermagem, a partir da perspectiva das enfermeiras, ignorando a perspectiva das pessoas que os recebem.

Encontramo-nos num mundo, onde as mudanças persistem em continuar, quer a nível socio-político, sistema de saúde e de educação, onde é cada vez mais necessário repensar a enfermagem como uma realidade social, não apenas pelos nossos olhos, mas essencialmente pelos dos receptores de cuidados. Pois não nos podemos esquecer que é a vivência/experiência única de cada pessoa que dá sentido à intervenção de enfermagem (Lopes, 1998), só assim poderemos melhorar a qualidade dos cuidados.

Urge reencontrar o sentido dos cuidados, poder falar deles, ao apreender o que as utentes percebem, ou seja, como os caracterizam, mesmo quando incapazes de o exprimir, sendo a partir desta caracterização, por parte das pessoas cuidadas, que é possível reencontrar o seu sentido. É tempo, de analisar a enfermagem real, de tentar

compreender o efeito do cuidado entre enfermeira e a pessoa cuidada, o que nos levanta algumas questões como: Que cuidados interpretam as utentes? Que cuidados são significativos? Que importância lhes atribui? O que será no fundo cuidar...? Por conseguinte é premente reconhecer o impacto da prática de enfermagem, pois apesar da importância vital dos cuidados, estes tendem a passar despercebidos, daí a necessidade de identificá-los, descreve-los e analisá-los (De La Cuesta, 1999), a fim de “*tornar visível o invisível*” (Moraga, 1998 p.67).

Ao longo de dezassete anos dedicados aos cuidados da mulher, muitas foram as preocupações e interrogações que emergiram. O reconhecimento da necessidade de uma ligação efectiva entre a teoria e a prática, conduziu-nos a uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem, vistos pelos olhos das utentes/parturientes. Neste contexto, decidimos centrar a investigação na área de actuação de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mais propriamente na Sala de Partos. Assim, pretendemos que a nossa pergunta de investigação, identifique o fenómeno a ser estudado, incidindo sobre: *Como é que a utente caracteriza os cuidados de enfermagem numa sala de partos?*

Fazer investigação a partir das situações de cuidados pressupõe, “*explicitar, nomear, revelar, tornar visível*” os cuidados de enfermagem, e assim o que lhe dá sentido (Collière 2003, p.217), ao explicitar o que está implícito no cuidado. Isto sem dúvida requer, uma reorientação dos cuidados dirigidos às pessoas, que são a razão de ser dos cuidados de enfermagem.

A este primeiro olhar sobre o objecto de estudo, não é estranha a situação de que o cuidar em enfermagem se assume, desde a existência da humanidade, um lugar muito próprio nos cuidados à mulher, a que hoje, continua indissociável de um significado relevante e sublime, para as enfermeiras de saúde materna e obstétrica, *cuidar de quem dá vida á vida.*

O paradigma da ciência de enfermagem deve permitir, que os fenómenos humanos sejam investigados, através de métodos que preservem o contexto humano, só assim a enfermagem pode, “*expor o que está em falta, e tornar visível o que é deixado invisível*” e, apreciar alguma da sua beleza, arte e ciência (Watson 2002, p.18). Ousamos dizer, que a investigação, que não negligencie o modo como a situação é vivenciada pelos utilizadores de cuidados, contribui, para um esclarecimento mais profundo, da essência da enfermagem.

II CAPITULO

PERCURSO METODOLÓGICO

A definição de metodologia a ser utilizada no trabalho não é tarefa fácil, sendo um dos grandes obstáculos, uma tarefa crucial para o desenrolar de todo o processo. Metodologia é, a descrição e análise dos procedimentos científicos, as suas potencialidades e limites, bem como os pressupostos subjacentes à sua aplicação (Pinto, 1990), proporcionando os meios para empreender uma investigação (Deshaies, 1992), que permitam o aperfeiçoamento dos conhecimentos. Neste sentido, trata das formas de se fazer ciência, cuida dos procedimentos, das ferramentas e dos caminhos a percorrer, a qual, Almeida (2000, p.2) nos refere ser “*um processo heurístico que conduz a um determinado produto de investigação*” que pressupõe compreender todo o procedimento desenvolvido na construção da investigação, bem como, os quadros de referência que a suportam.

A construção do conhecimento resulta, num desenho claro que apresenta um método de fazer pesquisa, que tem por base os contornos do rigor científico. Ao longo deste capítulo, descrevemos os procedimentos nos diferentes momentos da pesquisa.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Novas e velhas questões se apresentam no início deste século, no qual ocorrem intensas mudanças de valores nos diferentes sectores da sociedade. Também as diferentes áreas disciplinares de estudo da vida humana, passam por inquietações, revisões e reformulações, já que a saúde emerge e interpreta-se em diferentes contextos, dos quais depende o seu sucesso.

Hoje, contudo, apesar dos grandes avanços, ainda existem campos por explorar nas ciências humanas, zonas de sombra que as técnicas actuais não puderam esclarecer porque estão fora do seu alcance, *“isto não retira nem mérito nem valor às pesquisas feitas e aos métodos empregues”* (Poirier et al 1995, p.170), mas limita-os.

Os estudos baseados nas ciências exactas, não dão respostas às exigências das sociedades actuais, pois segundo Bruner (1997), existem tópicos interditos tais como, os significados, as construções da realidade e suas regras mentais entre outros, que levam cada vez menos as ciências sociais e humanas a optarem pela exclusividade dos métodos quantitativos. Por tudo isto, *“insistir em termos de causas, impede-nos à partida, de tentar compreender como é que os seres humanos interpretam o seu mundo”* (Ibidem 1997, p. 12), sendo necessário novas aberturas, novas formas de aproximação à realidade.

Tendo como referência a problemática em causa, consideramos a abordagem qualitativa, a que melhor se adequa ao nosso estudo. Esta decisão baseia-se na pesquisa e na leitura de alguns autores, pois possibilita um conhecimento mais profundo do fenómeno, na medida em que, segundo Hesbeen (2004), realça a compreensão e o significado de determinada situação, permitindo dar maiores garantias de acesso em profundidade das experiências dos sujeitos e assim descobrir diferentes processos, no cuidado humano.

Esta abordagem oferece um valioso contributo para a compreensão dos fenómenos de enfermagem, (Colliére, 1989; Polit e Hungler, 1991; Streubert e Carpenter, 2002;

Watson, 2002; De La Cuesta, 2002; Hesbeen, 2004), permitindo abranger a pessoa no seu todo, de modo a preservar e manter intacta a dimensão do fenómeno em estudo, possibilitando encontrar respostas para questões centradas na experiência humana, tal como ela é vivida e tal como é definida pelos próprios actores, de modo a dar sentido à vida humana.

A investigação qualitativa contribui para o enriquecimento do estudo de fenómenos, para além das visões tradicionais, que segundo De La Cuesta (1997, p.168) “*não seria acessível por outros meios*”, tornando-se num instrumento muito valioso para a compreensão de temas complexos e proporcionando ao mesmo tempo bases para estabelecer a acção, pois é necessário “*apreender a verdadeira natureza da realidade*” (Strauss 1978, citado por De La Cuesta 1997, p.168). Também Polit e Hungler (1995) nos referem que a pesquisa qualitativa, que procura a descrição e a exploração de fenómenos em cenários naturais, como hospitais, pretende “*fornecer uma compreensão em profundidade dos fenómenos sociais, que não poderia ser alcançada, utilizando-se, os meios tradicionais de pesquisa científica*” (p.125). Nesta perspectiva a pesquisa qualitativa tenta captar o fenómeno de uma forma holística, ou seja, enfatiza que a imersão e a compreensão do significado humano atribuído a um determinado fenómeno, só é possível, através da compreensão do todo mais do que das partes do todo, privilegiando o contexto no qual ele se integra e, por conseguinte este tipo de pesquisa, torna-se mais apropriada, mais útil, mais poderosa e mais significativa (Morse, 1999).

Ao ser fundamentalmente indutiva, a investigação qualitativa obriga primeiro a ouvir o outro, compreender e interpretar como esse mundo é vivido permitindo captar em profundidade, detalhe e especificidade, o fenómeno em estudo e assim “*tornar visível processos e perspectivas*” (De La Cuesta 1999, p. 34) que proporcionem uma “*base de diálogo entre a prática e a investigação*” (Ibidem 1997, p.15).

Basto (1998, p. 23) refere-nos que, “*faz-se investigação para melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre diversos fenómenos*”, e a forma como olhamos essa realidade é que vai determinar o processo de construção e de desenvolvimento do conhecimento científico, que tem por base um determinado paradigma (Almeida, 2000), ou seja, a aceitação de determinadas regras e princípios que orientam e regulam o processo de investigação.

A investigação segue determinado desenho, de acordo com o paradigma adoptado, assim optámos pelo paradigma construtivista por perspectivar a existência de realidades

múltiplas com diferença entre elas, que não podem ser definidas através de processos racionais, que segundo Lincoln (1992), citado por Streubert e Carpenter (2002, p.3), *“a realidade são realmente realidades”*, uma vez que estas não são mais do que construções mentais dos sujeitos, que com elas estabelecem uma acção dinâmica, através do qual o conhecimento é gerado. Assim, as indagações construtivistas têm o poder e subtileza de conhecer o comportamento humano, interacção, convicções e atribuição de significado, procurando dar sentido à experiência vivenciada e interpretá-la em seu contexto natural, sob os diversos pontos de vista dos participantes, de modo a retirar dados significativos de descrever e compreender as experiências humanas.

A ciência humana, a arte de enfermagem, a do cuidar, tem de incluir a profundidade das experiências, de modo a *“ajudar-nos a manter abertura com o nosso humanismo e com o nosso potencial para crescer”* (Watson 2002, p.159), que não pode ser conseguido através de métodos quantitativos cujos modelos mecanicistas tendem a reduzir a enfermagem a partes (Morse,1999). De realçar *“que o conhecimento sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores”* (Polit e Hungler 1995, p.270).

Este tipo de estudo que tem por base o paradigma construtivista, necessita de uma *“perspectiva orientadora”* (Basto 1998, p. 37), que no nosso estudo foi o interaccionismo simbólico, por considerar que *“as pessoas não reagem mecanicamente às acções de outrem, antes interpretam os seus comportamentos em função dos significados que elas próprias lhe atribuem”* (Herman 1983, citado por Hébert et al. 1990, p.60).

O interaccionismo simbólico pressupõe um processo dinâmico, no qual a importância primordial é a interpretação do mundo pelo actor social (Ritzer, 2002). Segundo Herbert Blumer (1969) referido por Lopes (2003), o interaccionismo simbólico assenta em três premissas fundamentais: ①- os seres humanos agem em relação às coisas consoante o significado que têm para eles; ②- esses significados resultam da interacção das pessoas umas com as outras; ③- este processo interpretativo é usado pelas pessoas em cada situação, inserido no seu ambiente.

Foi tendo por base os pressupostos do interaccionismo simbólico, que Glaser e Strauss desenvolveram o método da descoberta *“grounded theory”*³, com o qual, se pretende

³ Neste estudo incluímos o termo grounded theory na língua original, por não termos encontrado, u na tradução conceptualmente satisfatória.

compreender como um determinado grupo define a sua realidade através da interacção (Basto, 1998).

A grounded theory é um método de investigação indutiva, derivado do estudo do fenómeno que representa, explorando a riqueza e a diversidade da experiência humana, “*apreendida sob o ângulo da interacção*” isto é, a “*realidade é o produto das interacções e ela constroi-se na base das interacções*” (Fortin 1999, p.151), contribuindo para gerar teoria a partir dos dados recolhidos em contextos naturais, resultando em formulações teóricas da realidade (Steubert e Carpenter, 2002; Polit e Hungler, 1995).

Não pretendemos com este estudo construir uma teoria explicativa de uma realidade empírica, mas somente fornecer alguns contributos que permitam conhecer e compreender melhor o significado atribuído aos cuidados de enfermagem pelas utentes. Com isto, pretendemos entrar dentro do “mundo conceptual dos sujeitos”, de modo a compreender e descrever o fenómeno construído pelas utentes, ao vivenciarem uma experiência de cuidado carregada de significado como é o trabalho de parto, partindo do pressuposto que não conhecemos o que os diferentes cuidados de enfermagem significam para as utentes, nem a sua forma particular de interpretar a realidade, pois segundo Bogdan e Biklen (1994), a realidade dá-se a conhecer aos humanos pela forma como é percebida.

Partimos, então para uma investigação qualitativa, cujo estudo é do tipo descritivo com carácter exploratório, que na opinião de Polit e Hungler (1995, p.119), pertence à classe da pesquisa não experimental e pretende “*observar, descrever e explorar aspectos de uma situação*” tendo como objectivo, “*discriminar os factores determinantes ou conceitos, que eventualmente possam estar associado ao fenómeno em estudo*” (Fortin 1999, p.162), pela interpretação do significado dos discursos das utentes de modo a desocultar o fenómeno, a partir da experiência vivida pelas utentes.

Esta forma de abordagem configura-se-nos como a mais pertinente, para compreender o fenómeno dos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto, vivenciado pelas utentes. Este tipo de investigação orientado para a prática, é uma forma de melhorar e procurar obter benefícios mensuráveis que contribuem para o desenvolvimento da ciência de enfermagem, pois o conhecimento das intervenções que fomentem a conservação da saúde ou facilitem um certo nível de bem estar na utente, é uma força poderosa para a melhoria da prática de enfermagem.

2 – CONTEXTO E PARTICIPANTES

O campo das análises empíricas é circunscrito a um espaço geográfico, social e temporal (Quivy e Campenhout, 1992), que no nosso estudo foi o contexto hospitalar, mais propriamente numa Maternidade Central da Zona Centro do País. As razões da escolha da instituição prendem-se com a maior acessibilidade e a rentabilização do recurso do tempo para a realização do trabalho e ainda por ser uma instituição, vocacionada para a área específica da nossa formação – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Decidida a delimitação do campo empírico de análises, seleccionamos para estudo, a unidade da sala de partos, e assim ficou concluída a delimitação do campo de investigação.

Este serviço é composto por quatro quartos individuais, funcionando com uma equipa de dezassete elementos (uma enfermeira chefe e as restantes enfermeiras especialistas), repartidas pelos diferentes turnos (três de manhã, três de tarde e duas de noite), com uma carga horária de trinta e cinco horas semanais. Utilizam na organização dos cuidados o método individual de trabalho, que é aquele que as diferentes teóricas referem como o ideal para proporcionar cuidados holísticos á utente.

Tornava-se agora indispensável contactar a instituição hospitalar seleccionada. Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 115), *“o primeiro problema com que o investigador se depara no trabalho de campo é a autorização para conduzir o estudo que planeou”*. Assim para a concretização desta pesquisa, contactamos a Sr.^a Enfermeira Supervisora, à qual expusemos os objectivos, a finalidade e a importância do estudo. Após o consentimento verbal da mesma, foi solicitado formalmente à Direcção Clínica da Instituição, autorização para realizar esta investigação (Anexo I). Após despacho favorável, dirigimo-nos aos respectivos serviços da população em estudo e encetamos uma entrevista formal com as Enfermeiras Chefes dos mesmos, no sentido de lhes dar a conhecer o objectivo do nosso trabalho e início do mesmo. Verificamos com agrado a

total disponibilidade, para nos ajudar e partilharam connosco, a importância e pertinência da temática para a enfermagem dos dias de hoje.

Identificado o objecto de estudo, o método de pesquisa e a delimitação do campo de análises, tínhamos pela frente um novo passo da mesma: a selecção das participantes.

A preferência pelo termo “participante”, justifica-se pelo facto de este designar a pessoa que tem a qualidade de estar envolvida no estudo, pois, Streubert e Carpenter (2002) chamam-nos a atenção para, a utilização desta nomenclatura neste tipo de estudo, referindo-nos que o termo designa as pessoas que são activas participantes na investigação, ao promoverem a informação com a finalidade de ajudar aqueles, que se interessam por uma melhor compreensão das interacções sociais.

Também conscientes do longo tempo necessário para a transcrição e análise de dados qualitativos, questionámo-nos: Quem seleccionar? Com que critérios? E finalmente, como tornar os dados significativos?

Nos estudos qualitativos o que interessa é a riqueza da informação, mais do que o tamanho da amostra. Este tipo de amostragem designada por amostra intencional, por seleccionar participantes que tenham experiência no fenómeno de interesse, permitindo assim o estudo em profundidade e deste modo a compreensão do fenómeno em estudo (Morse, 1999; Streubert e Carpenter, 2002; Turato, 2003). Bogdan e Biklen (1994), também confirmam esta particular escolha de participantes na inclusão do estudo, por acreditarem que facilitam o desenvolvimento de teorias. A preocupação é a descrição rica do fenómeno, em detrimento da utilização de técnicas de amostragem que tenham por objectivo a generalização dos dados.

A amostra não é representativa no sentido estatístico como no positivismo, mas sim da representatividade de cada experiência. O número de participantes será determinado, pela saturação de informação que segundo Morse (1999), citada por Streubert e Carpenter (2002, p.26) “*é a repetição de informação descoberta, e confirmação de dados previamente colhidos*”. Assim, logo que se destaque uma certa coerência nos dados e que as novas informações apenas venham confirmar as anteriores, estamos perante um nível de saturação dos dados (Ruquoy, 1997). Em estudos qualitativos, deve-se evitar amostras de grande tamanho, devido a gerar um amontoado de dados difícil de analisar (Fortin, 1999). É mais importante a quantidade de dados que o

número de participantes, sendo necessário para tal que estes sejam bons informantes, capazes de falar sobre a sua experiência e quererem partilhá-la com o investigador.

Assim na selecção dos participantes tivemos em conta determinados critérios:

- ✦ *Utentes que tivessem vivido a experiência do trabalho de parto na Sala de Partos da Maternidade em estudo;*
- ✦ *Não tivessem perturbações mentais diagnosticadas;*
- ✦ *Utentes que tenham sido cuidadas pelos diferentes elementos da equipa de enfermagem nos diferentes turnos;*
- ✦ *Utentes que após informadas aceitassem participar no estudo e autorizassem a gravação da entrevista.*

O primeiro critério justifica por si só o tipo de amostra intencional a utilizar, na medida em que só os participantes que vivenciaram o fenómeno em estudo poderão fazer parte dele. O objectivo é a descrição rica do fenómeno em todas as suas dimensões (Steubert e Carpenter, 2002). O segundo critério explica-se por si mesmo, tendo em conta as descrições serem efectuadas pelas utentes. O terceiro critério diz respeito à representatividade da amostra a qual deve representar “*tantas realidades quantas o fenómeno compreende*” (Fortin 1999, p.151), de modo a que represente o universo que se pretende descrever. Assim o conhecimento adquirido deve encaixar em todos os cenários que possam ser identificados. Tivemos a preocupação de entrevistar utentes que tivessem sido cuidadas nos diferentes turnos (manha, tarde e noite) e pelas diferentes enfermeiras da equipa.

Não esquecemos nesta pesquisa os aspectos éticos, sendo esta a razão do quarto critério. Lembra-nos Elizabeth Teixeira (2002), que para construir uma ciência com consciência necessita-se de uma ética do conhecimento e uma da responsabilidade. Ao longo do decurso do estudo preocupamo-nos com os princípios éticos, pois concordamos com Grande (2000, p.40) ao referir-nos que os “*princípios éticos que orientam a investigação traduzem a aplicação dos grandes valores à cultura científica específica que se traduz no método científico*” e neste sentido, a ética e a preocupação científica devem andar de mãos dadas, numa investigação conduzida no campo (Hébert et al, 1990).

Este tipo de amostra intencional pode ser feita segundo uma selecção primária, na qual o investigador tem conhecimento da população, permitindo-lhe a identificação dos bons informantes, ou segundo uma selecção secundária, que permite ao investigador conhecer os participantes disponíveis a participar, e assim poder decidir incluí-los ou não no estudo (José, 2002). Pareceu-nos adequado optar pelo segundo tipo de selecção da amostra intencional, pois, já que a decisão de quem vai ser entrevistado só acontecerá depois de efectuado o convite e as utentes terem mostrado interesse em partilhar connosco essa experiência única que é o trabalho de parto.

Assim um dia por semana, ao fim da tarde, dirigimo-nos às respectivas unidades de internamento, e após autorização da enfermeira, consultávamos o processo da utente que teve parto nesse dia e verificava-mos se aquela pessoa, se enquadrava dentro dos critérios de selecção. Após esta consulta, íamos ao seu encontro, apresentavamo-nos, assim como ao nosso estudo e perguntava-mos se queria participar, garantido a todas, o carácter confidencial do estudo. Constatámos com agrado, uma grande receptividade e pronta colaboração por parte das pessoas visadas no estudo.

O objectivo desta metodologia, não é generalizar os dados obtidos, mas compreender a experiência vivida por cada pessoa. Assim, o estudo foi-se desenvolvendo, até encontrar a saturação dos dados e a constituição da riqueza dos conteúdos, pois o importante é a riqueza da informação, mais do que o tamanho da amostra (Fortin, 1999; Morse, 1999; Steubert e Carpenter, 2002), julgamos ter atingido esse objectivo com um número de quinze participantes.

As participantes do nosso estudo tinham idades compreendidas entre os 21 e os 37 anos, sendo a idade média de 28 anos e tendo habilitações literárias compreendidas entre o 9º ano e o curso superior. Quanto á paridade (número de partos), sete das participantes eram primíparas (um parto) e oito eram múltíparas (mais que um parto). De entre as participantes do nosso estudo dez fizeram analgesia epidural e as restantes cinco não. Também em relação ao tipo de parto, dez tiveram parto eutócico (normal) e as restantes cinco distócico (instrumentalizado), sendo um deles cesariana. De referenciar que apenas uma das participantes, não teve acompanhante durante o trabalho de parto, e que o tempo de permanência na sala de partos variou entre 1 hora e 30 minutos e as 20 horas, com uma média de seis horas (Anexo II). Todas as entrevistas decorreram no dia a seguir ao parto.

3 - PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Tendo sempre presente o objectivo do estudo e a problemática apresentada, utilizámos a entrevista como método de recolha de dados, por esta possibilitar acesso às experiências vivenciadas e relatadas pela pessoa entrevistada (Hébert et al, 1990; Quivy e Campenhoudt, 1992; Bogdan e Biklen, 1994; Polit e Hungler, 1995; Ruquoy, 1997) de modo a permitir aprofundar, clarificar e explorar determinados aspectos do diálogo considerados relevantes para o fenómeno em estudo.

A entrevista apresenta um tipo de comunicação particular, baseando-se na ideia segundo a qual *“se queremos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam o meio mais directo de colheita de informação é perguntar-lhes”* (Polit e Hungler 1995, p.171), permitindo uma conversação intencional, com objectivo de *“recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito”* (Bogdin e Biklen 1994, p.134)

Para Ruquoy (1997), a entrevista é um instrumento primordial, que proporciona uma compreensão rica das situações, mesmo por mais superficial que ela se apresente é infinitamente complexa, já que o *“vivido é incomensurável”* (Poirier et al 1995, p.170). E sem dúvida a entrevista é, um encontro entre duas pessoas, marcado pela complexidade da criação e da linguagem, num desafio constante na produção de conhecimento.

Como refere Gil (1991), a entrevista enquanto técnica de recolha de dados permite a obtenção de informação acerca do que as pessoas sabem, crêem, sentem, desejam, bem como as explicações em relação a uma situação. A opção pela entrevista, resulta do facto desta permitir conhecer os significados que cada pessoa atribui a uma determinada experiência e assim, permitir compreender com maior profundidade e clareza, o que as pessoas pensam de determinado fenómeno. Decidimo-nos pela entrevista semi-estruturada, que nos permitiu explorar, aprofundar e clarificar alguns tópicos dos

discursos das participantes, que segundo Sousa (1998), procura saber o como e o porquê através de informações e descrições do fenómeno em estudo.

Para facilitar o desenrolar da entrevista desenvolvemos um guião com questões abertas, de forma a permitir um relato da participante em relação ao que pensa e ao que sentiu de modo, a descobrir informações que seriam “*difíceis ou até mesmo impossíveis de serem reunidas através de qualquer outro meio*” (Polit e Hungler 1995, p.170-171), o qual apresentamos de seguida:

- ❖ *Relate-me como foi a sua experiência durante o trabalho de parto na sala de partos?*
- ❖ *Como foi a relação com a enfermeira?*
- ❖ *Do que gostou mais?*
- ❖ *Do que gostou menos?*

Com a finalidade de testar a clareza dos termos empregues nas questões, a sua compreensão e duração das entrevistas, realizámos quatro entrevistas a pessoas com as mesmas características que são indicadas no estudo, as quais não foram incluídas nele.

A realização destas entrevistas foram primordiais, para treinarmos a utilização deste método de recolha de dados, desenvolvendo assim as nossas habilidades nesta técnica.

Após a aplicação do pré-teste, verificámos que os termos empregues nas questões se apresentavam claros e que as entrevistas teriam uma duração entre vinte e quarenta minutos, não sendo necessário introduzir qualquer alteração ao guião elaborado.

As entrevistas realizaram-se ao longo de três meses, compreendidos no período de Janeiro aos finais de Março de 2003, num gabinete previamente preparado, de modo a proporcionar um ambiente calmo. Cada participante foi previamente contactada e acordada com ela a hora e a data da realização da entrevista, para que não tivesse visitas nesse momento e assim não se sentissem privadas da sua companhia, que segundo Carmo e Ferreira (1998) permite uma maior disponibilidade física e psicológica da pessoa seleccionada, bem como demonstra respeito pelo seu tempo. O tempo de gravação das entrevistas durou entre quinze e quarenta minutos, com uma média de vinte sete minutos.

Cada entrevista era iniciada com a apresentação da investigadora e clarificado o objectivo do estudo (informações já partilhadas no contacto prévio), referindo que pretendíamos saber como vêm as utentes os cuidados que lhes são prestados durante o trabalho de parto. Sem dúvida, que os primeiros momentos foram cruciais, por determinarem a criação de um clima de confiança ou desconfiança, por tudo isto, começamos com uma pergunta abrangente – relate-me a sua experiência durante o trabalho de parto – de modo a permitir que as participantes partilhassem connosco essa experiência, ainda bem presente nas suas memórias e assim, “*ajudar a aquecer o ambiente relacional*” (Carmo e Ferreira 1998, p.135).

O meio utilizado para registo de dados foi o gravador, tendo sido respeitados os princípios éticos do consentimento informado, garantindo o anonimato das participantes e assegurado que as informações não seriam utilizadas para outros fins que não as do estudo. Todas manifestaram vontade e satisfação em participar no estudo e aceitaram com agrado a gravação audio das entrevistas.

Tivemos a preocupação de controlar o nosso envolvimento e partir para o campo sem ideias pré-concebidas sobre o tema, tal como preconiza Streuber e Carpenter (2002), já que a intenção do pesquisador é perceber o fenómeno.

No decurso das entrevistas, deixou-se ver a pessoa do outro numa relação empática, podendo assim, penetrar no mundo do sujeito e captar os aspectos subjectivos da sua maneira de vivenciar o mundo dos cuidados de enfermagem, percebê-la como pessoa consciente, tentando não interferir, interrompendo somente para aprofundar ou clarificar determinado tópico ou introduzir uma determinada questão, de modo a ajudar a entrevistada a reorganizar o seu pensamento e a dirigir-se para o fio condutor estabelecido inicialmente.

Procurámos ouvir atentamente, evitando interromper, permitindo a liberdade de expressão, respeitando o seu ritmo e silêncios, de modo a que sentissem que o seu discurso era muito importante para nós. No final de cada entrevista foi possibilitada a sua audição e questionadas se não queriam referir algo mais, agradecendo a sua disponibilidade e colaboração, seguindo-se um período de conversa, em que era notável a vontade das mães, em partilhar as suas preocupações e receios em relação ao filho, pareceu-nos ser sinal do bom ambiente que se conseguiu criar durante a entrevista.

A informação obtida através de cada entrevista, foi-se acumulando e ligando-se às seguintes, como preconizam Bogdan & Biklen (1994), tornando visível o fenómeno em estudo.

Cada entrevista foi identificada com um número, de acordo com a sua realização (E1 ... E15), sendo a sua transcrição feita na íntegra, tarefa executada por nós, mediante um programa de processamento de texto que nos permitiu, recuperar parte do ambiente, as hesitações, as expressões, os sentimentos, com que estas nos relatavam o fenómeno em estudo. As entrevistas foram concluídas quando o processo nos indicou, que as narrativas acerca do tema em estudo estavam a tornar-se repetitivas.

Os momentos vividos apesar de não fazerem parte da investigação, foram considerados importantes na elaboração deste trabalho. Para além da aprendizagem que nos proporcionou, despertou em nós, também sentimentos, emoções e amizades futuras que dificilmente esqueceremos e enquanto nos lembrarmos, sentimo-nos gratificadas pois, a linguagem do vivido pode conduzir-nos a uma maior compreensão da visão do cuidado em enfermagem.

4- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados constitui o cerne deste tipo de abordagem, a qual tem como meta, a organização, a sistematização e a estruturação dos dados da pesquisa, que consiste num sistema de codificação e descoberta de categorias, com a qual se constrói uma interpretação teórica que constitui a representação do fenómeno em estudo, segundo a perspectiva das participantes.

Tal como preconizam os autores do método da grounded theory, Glaser e Strauss (1967), o processo de colheita, codificação e análise de dados ocorreu em simultâneo (Streubert e Carpenter, 2002), num relacionamento recíproco uma com a outra de forma continuada.

Foi através da análise por comparação constante que segundo Fortin (1999, p.311), “*consiste em procurar a regularidade na linguagem de diversos informadores*”, que foram constituídas as categorias que interpretam o fenómeno.

De entre os autores que abordam as fases, que estão na base da análise dos dados numa abordagem de grounded theory, decidimos neste estudo seguir os princípios e procedimentos adoptados pelas autoras Streubert e Carpenter e descritos nas páginas 123 a 127 do seu livro “*Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*”.

Assim a nossa caminhada nesta fase foi a seguinte:

↳ Leitura dos dados à medida que eram colhidos, examinando-os linha a linha, palavra a palavra, visando apreender a vivência das participantes envolvidas, de modo a identificar unidades de sentido nos textos das entrevistas que são designadas por códigos substantivos, utilizando-se as palavras das participantes, as quais eram anotadas nas margens das entrevistas.

Os códigos substantivos são os constituintes que determinam o contexto do fenómeno, que neste estudo relacionam-se com a caracterização dos cuidados de enfermagem e por

tal, incluem a parte da significação inerente a esse contexto. Cada código foi constantemente questionado acerca da sua relação com a prática dos cuidados. A designação destes códigos não foi isenta de dificuldades, mas constituiu o primeiro passo para a construção analítica.

↘ Na fase seguinte, comparamos os dados uns com os outros, de modo a agruparmos os códigos pela sua semelhança no seu sentido em determinadas categorias, isto é, classificámo-los por representarem uma mesma classe do fenómeno. Algumas vezes as unidades de sentido, que numa primeira análise pareciam complementar-se, foi-lhe atribuído um significado diferente, na medida em que o contexto em que se inseriam assim o justificava. Fomos assim aos poucos, construindo a árvore do nosso estudo.

Após a identificação das categorias emergentes, definidas por nós, fomos compará-las umas com as outras, de modo a verificar se eram mutuamente exclusivas.

Queríamos referenciar, que quando numa entrevista existiu mais do que uma unidade de significado codificada da mesma forma, apenas foi contabilizada por nós uma vez.

↘ Numa fase posterior e após a leitura mais uma vez das entrevistas, das unidades de sentido, dos códigos e das respectivas categorias, que descrevem o processo no seu todo, algumas questões se colocaram: O que se passa com os dados? Qual a relação dos dados com o estudo? E qual o foco central dos dados?

Foi após este questionamento que nos permitiu entrar dentro do fenómeno vivenciado pelas participantes, e do qual emergiu um tema dos dados. Esta fase foi um processo demasiado moroso e complicado, mas no seu decurso tentamos compreender a experiência das participantes liberta de preconceitos, possibilitando olhar o fenómeno por dentro e assim compreendê-lo melhor.

Restava-nos validar todo este percurso que na opinião de Leininger (1985, p.68) a validade de estudos qualitativos refere-se “*à obtenção de conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significados, atributos e características de um fenómeno particular sobre o estudo. A medida não é a finalidade, mas antes conhecer e compreender o fenómeno*” (in Coutinho 2000, p.104), ou seja, é no conhecimento e na compreensão do fenómeno que deve recair a validade qualitativa. Também Streubert e Carpenter (2002) nos referem que o rigor científico deste tipo de estudos, consiste em apresentar rigorosamente as experiências das participantes, pelo que gravámos e

transcrevemos na íntegra, o relato textual condensado das formulações verbais (palavra a palavra) de todas as entrevistas, assegurando a fidelidade dos dados.

Assim uma das formas de confirmar o rigor científico é retornar às utentes entrevistadas com o objectivo de clarificar, validar no contexto os significados por nós interpretados, como representando as suas experiências. Era esta a forma preconizada por nós para a validação do estudo, mas tal não foi conseguido na totalidade, já que apenas conseguimos validar o processo vivenciado por oito das participantes em estudo. Isto porque as utentes apenas estão internadas em média três dias, mas devido ao excessivo número de partos e ao pedido destas, é-lhe dado alta precoce ao segundo dia, pelo que não nos foi possível validar com todas as participantes. No entanto nos casos em que foi possível, houve concordância plena dos resultados apresentados.

Então optamos pelo processo de auditoria, que consiste em ter alguém que observe os dados e os passos seguidos no desenvolvimento das unidades de sentido, dos códigos substantivos, das categorias e tema, que resultaram na descrição final do fenómeno em estudo. Assim todas as entrevistas, bem como os respectivos resultados da análise, foram analisados por duas colegas conhecedoras da metodologia utilizada e pela orientadora, tendo-se procedido às respectivas revisões e reformulações em caso de divergência de interpretação.

Tivemos a preocupação de explicitar os pressupostos teóricos que orientaram a investigação e procurámos utilizar com o máximo de rigor todas as técnicas apropriadas ao método da grounded theory. Como tal, no sentido de contribuir para o rigor científico do estudo utilizamos os termos incluídos nos relatos das participantes.

Na apresentação dos dados recorremos à utilização de alguns símbolos/códigos linguísticos cujo significado passamos a descrever:

[] – frases ou palavras que clarificam o significado das declarações

... – pausas no discurso

(...) – excerto da transcrição original sem relevância para a análise.

De realçar que a grande finalidade da investigação qualitativa é o comprometimento com a descoberta de informação, de modo a não corromper o contexto natural do fenómeno em estudo.

5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de ao longo do desenvolvimento do trabalho termos tido a preocupação premente de assegurarmos o máximo do rigor científico, temos consciência de que algumas limitações ainda persistem, pelo que consideramos relevante referenciá-las:

- ✓ O desenrolar de algumas entrevistas poderia ter sido feito com mais profundidade, o que ficou a dever-se a alguma inabilidade da nossa parte em aprofundar alguns momentos do discurso para os quais não estávamos despertas.
- ✓ A clarificação de alguns aspectos à posteriori, não foi possível devido ao facto de apenas termos realizado uma entrevista a cada uma das participantes.
- ✓ A não validação dos resultados por todas as participantes, já que apenas validamos os resultados com oito delas, pode ter sido também uma limitação do estudo. Tornou-se difícil encontrar as participantes, já que quando voltávamos ao local de internamento, eles já tinham tido alta.

Apesar de todas estas limitações, o seu desenvolvimento contribuiu para o nosso desenvolvimento profissional e crescimento pessoal, na medida em que as experiências partilhadas pelas utentes foram de extrema importância para nós e para todos aqueles, que acreditam que a enfermagem é mais do que, o que se vê, o que torna pertinente tornar *visível o invisível*.

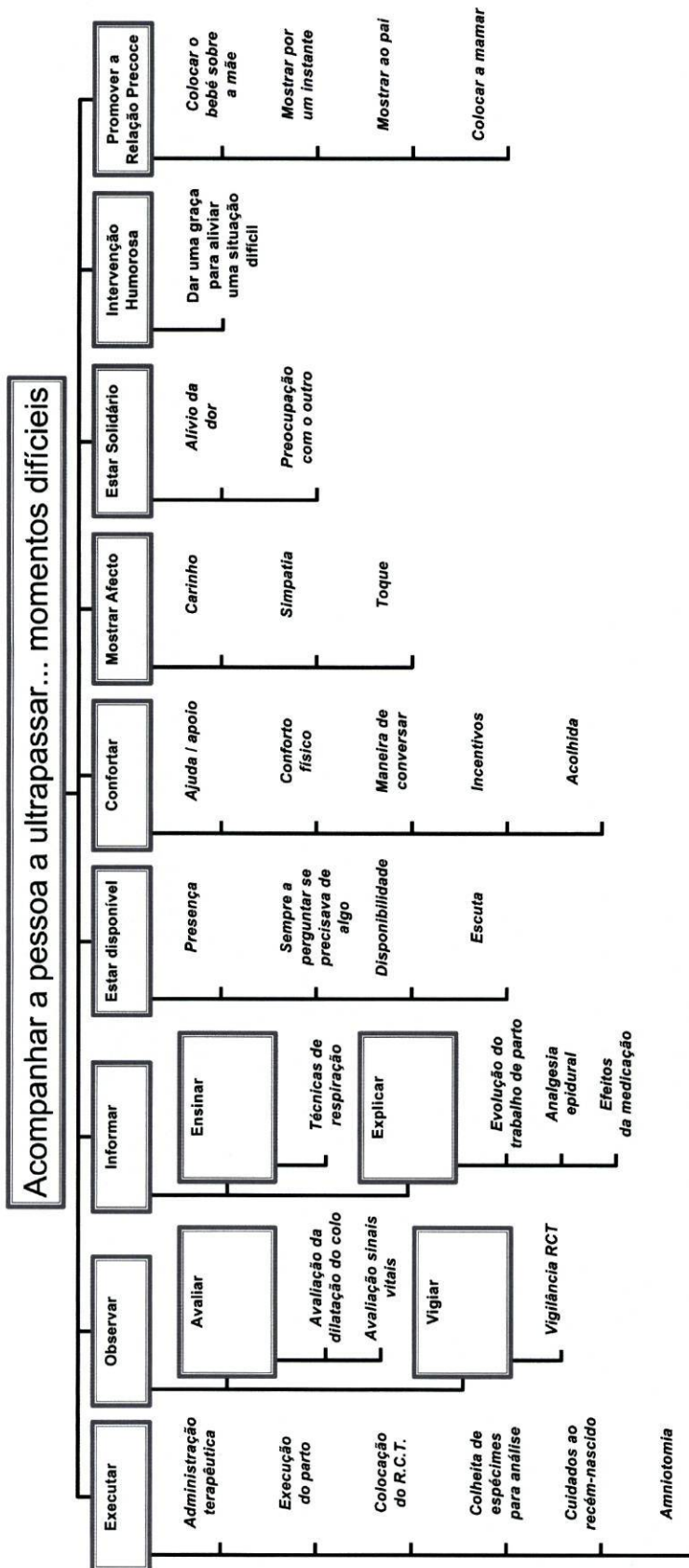
III CAPITULO

ACOMPANHAR A PESSOA A ULTRAPASSAR...MOMENTOS DIFICEIS

Os cuidados de enfermagem, caracterizados pelas utentes, foram identificados a partir da descrição das suas experiências vivenciadas sobre os cuidados que lhes eram prestados pelas enfermeiras, durante o internamento na sala de partos. Dessa identificação, emergiram nove categorias, *Executar; Observar; Informar; Estar Disponível; Mostrar Afecto; Estar Solidário; Confortar; Intervenção Humorosa e Promover a Relação Precoce e um tema central – Acompanhar a pessoa a ultrapassar... momentos difíceis*. Estas categorias foram construídas a partir dos significados encontrados, de forma a explicitar o fenómeno em estudo. Cabe, no entanto ressaltar, que estes significados se mostraram de tal forma interligados nas descrições das utentes, que foi difícil separá-los. A decisão da sua separação resultou, de reflexões e interpretações, as quais tiveram como referencial as descrições obtidas através das expressões sobre a vivência de ser cuidado.

Para a apresentação e análise dos dados, recorreremos ao uso de um quadro/síntese para cada categoria, de modo a dar visibilidade á categorização que desenvolvemos, incluindo os respectivos códigos substantivos, que emergiram do processo de codificação e interpretação que fazemos dos dados, os quais passamos a descrever e analisar. Neste contexto e para uma representação global, vamos apresentar de seguida a estrutura da “árvore” de categorias encontradas neste estudo e assim permitir uma visualização global.

Figura 1 – Categorias que emergiram do estudo



⇒ **EXECUTAR**

Executar foi a primeira categoria identificada no estudo, sendo definida pelo conjunto de acções de enfermagem, que consistem em desempenhar determinadas tarefas técnicas como, administração de terapêutica, colheita de sangue, colocação de registo cardiocográfico, amniotomia, execução do parto e cuidados ao recém-nascido.

A prática de enfermagem requer um conjunto de técnicas, pois como nos refere Kitson (1998), citada por McSweeney (2003, p.286), *“a complexidade da enfermagem constitui a exigência do enfermeiro ser capaz de exercer uma vasta amplitude de tarefas práticas, de tal modo que proteja a qualidade humana e a individualidade da pessoa a quem está a dar cuidados”*.

A prática de enfermagem organiza-se em torno de diferentes tarefas, cujo cumprimento segundo Collière (1989) e Benner (2001), exige um domínio técnico e científico. O desenvolvimento das técnicas tem como objectivo, a descrição organizada e minuciosa dos procedimentos, que surgem, da necessidade de encontrar resposta para um aumento crescente das necessidades em cuidados de enfermagem, resultantes de um maior número de serviços hospitalares (Bento, 1997). Assim, os cuidados de enfermagem são de natureza complexa, exigindo à enfermeira um conhecimento que se vai cimentando ao longo da prática, e que no contexto do presente estudo se reveste de especificidade, como nos revela as descrições das utentes.

Quadro 1 – Categoria Executar (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	F
EXECUTAR	. Administração de terapêutica	10
	. Execução do parto	5
	. Colocação do R.C.T.	3
	. Colheita de espécimes para análise	2
	. Cuidados ao recém-nascido	2
	. Amniotomia	1
TOTAL		23

Resultante deste quadro verificamos, que os cuidados que as pessoas identificaram com mais frequência, foram os relacionados com prescrições médicas. Estas intervenções

interdependentes, também denominadas “*cuidados de reparação*” (Collière 1989, p.307), representam todo o conjunto de actos desenvolvidos para colaborar no tratamento da doença, e seus efeitos, e na recuperação do estado de saúde da pessoa, sendo estes cuidados técnicos fundamentais para o cuidado centrado na utente. Também Leininger (1988), se refere ao cuidar no sentido profissional como, os modos cognitivamente apreendidos, humanísticos e científicos de ajudar a pessoa, através de processos, técnicas, para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida (citada por Gomes, 2001).

A administração de terapêutica surgiu como um cuidado de enfermagem identificado.

“...(a enfermeira administrou-me) uma injeção para as dores” (E₇)

“...as dores eram tão intensas que a enfermeira teve de me dar uma injeção, eu não aguentava, o meu marido bem me dizia para eu respirar como a enfermeira me explicou, mas eu não queria ouvir falar, quanto mais respirar” (E₁₄)

“...iam trocando os sacos de soros” (E₁₀)

“...houve uma altura em que eu senti dores e que tinha acabado a recarga da epidural, foram elas que deram por falta, e deram-ma” (E₁₅)

A enfermeira tem a responsabilidade de preparar, administrar a terapêutica prescrita desde que não detecte riscos para a utente Mas, para além desta função, está atenta aos seus efeitos, mantendo uma observação constante dos efeitos da medicação na mãe e no feto, registo das acções desenvolvidas, bem como a evolução da situação.

No Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (D.L. nº 161/96 de 04 de Setembro), estas acções são, designadas por intervenções interdependentes. A estes procedimentos, que são da sua responsabilidade, conforme consta no artº 9º, alíneas e, f e g deste regulamento (p.2961):

“(...) procederam à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;(...) participam na elaboração e concretização de protocolo referentes

a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;(...) procederam ao ensino do utente sobre a administração de medicamentos ou tratamentos”.

Este alívio da dor através da administração de terapêutica, é entendido como o cuidado que se tem com a pessoa, numa relação que segundo Watson (1998), permite mobilizar os recursos da utente num processo de abertura mútua, em que cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber de modo a ajudar a caminhar em frente.

Cuidados de enfermagem são, assim, acções desenvolvidas por profissionais, de forma consciente e deliberada, directamente aos utentes que precisam de ajuda, com fundamentos científicos, técnicos e relacionais.

A realização da colheita de espécimes para análises laboratoriais é também um procedimento realizado pelas enfermeiras, as análises de sangue por serem mais frequentes foram as únicas mencionadas:

“...colheram-me sangue para umas análises que eu não tinha feito” (E₁₄)

“...ainda me lembro de a enfermeira me dizer para eu não mexer a mão pois ia-me colocar soro e tirar-me sangue porque o grupo de sangue era negativo” (E₁₃)

Cuidar continua a exigir saber e destreza, pois como afirma Collière (1989), a técnica é um processo o qual implica uma aprendizagem com o objectivo de um saber fazer.

Apenas uma participante do estudo se referiu à amniotomia executada pela enfermeira:

“...(a enfermeira) rompeu-me o saco de águas” (E₆)

Sendo uma das acções de enfermagem executadas pelas enfermeiras da sala de partos, que requer uma aprendizagem e conhecimento, pois executada abruptamente, pode causar danos irreversíveis para o feto e consequentemente para a mãe (Mendes, 1991).

Partilhamos da opinião de Collière (1989), ao referir que o desenvolvimento das especialidades permitiu à enfermeira, a utilização de técnicas mais específicas para o cuidado.

Outro dos cuidados de enfermagem referenciados é a colocação do registo cardiotocográfico, que é um procedimento usual, executado a todas as utentes, com o objectivo de vigiar a frequência cardíaca do feto e as contracções uterinas da mãe, ou seja, tem como objectivo a vigilância do bem-estar materno-fetal.

“...a enfermeira colocou-me o registo” (E₃)

No encontro do cuidado, entre quem presta e quem recebe os cuidados, estes evidenciaram a necessidade do fazer. Um fazer, que é uma meta constante no caminhar com o outro, contudo, ao caracterizar o cuidado, elas reconhecem a complexidade do fazer, nas suas diversas formas e nas diferentes habilidades dos que cuidam.

“...foi a enfermeira que me fez o parto correu tudo bem graças a Deus” (E₁₃)

“...foi a enfermeira que me fez o parto, apesar de estar lá um médico, a enfermeira foi espectacular (E₁₁)

O cuidado, através do saber fazer, pode traduzir formas de conhecimento e de habilidades, mas concordamos com Pinto citado por André e Cunha (2001, p.130) ao referir-nos que, *“é preciso, quando nós estamos bem envolvidos nas altas tecnologias, termos um coração sempre capaz de amar”*.

O cuidar, só pode ser verdadeiramente demonstrado e praticado interpessoalmente, quando cada técnica aprendida, ao ser posta ao serviço da pessoa humana, deixa de ser uma técnica pura e simples, pois pressupõe uma relação profissional, em que a dignidade da pessoa deve ser sempre preservada.

“...enquanto estiveram a cozer-me, não senti nada e durante este tempo a enfermeira esteve sempre a falar comigo e com o meu marido e eu aproveitei para

lhe fazer umas perguntas sobre os fios, se os tinha de tirar, quando me ia embora, quando punha o bebé a mamar, bem fartámo-nos de falar” (E₁₄)

Em enfermagem, cada cuidado deve ser prestado de modo personalizado e num contexto relacional, pois, se cuidar é ajudar a viver, este não teria sentido, se a utilização das técnicas não fossem integradas no processo relacional e não respeitassem o ser humano como um todo (Collière, 1989). Os momentos de execução de cuidados devem ser considerados momentos ideais e únicos que, a enfermeira deve saber aproveitar para estabelecer uma relação mais próxima com a utente.

Os cuidados de enfermagem constituem-se de uma imensidão de acções, entre elas os cuidados ao recém-nascido, que englobam recebê-lo, ajudá-lo a adaptar-se á vida extra-uterina, administração de terapêutica, pesar, cuidados de higiene e conforto, identificar, entre outros.

... [a enfermeira]no final vestiu o meu filhote (E₅)

...depois de o vestirem trouxeram-mo e o meu marido que tanto queria ter um filho ainda chorou (E₁₄)

Larson (1984), ao estudar o cuidar na perspectiva do utente, concluiu que estes seleccionaram comportamentos de natureza instrumental, como saber dar injeções e manipular equipamentos, saber quando chamar o médico e prestar bons cuidados físicos (in Ribeiro, 1995).

Estudos realizados com utentes têm igualmente sido levados a cabo em Portugal. Rebelo (1982), entrevistou 14 utentes acerca das suas expectativas em relação às enfermeiras e concluiu que estas se dividiam entre actividades de cuidar, como: companhia no momento de sofrimento, ser informado, ajuda moral e também aspectos ligados ao tratar, tais como administrar os tratamentos e os medicamentos a horas. Ao mesmo tempo, todos os utentes esperavam das enfermeiras uma atitude de indiferença perante os seus valores e sentimentos. Isto permite-nos reflectir que os utentes apesar de esperarem acções de cuidar estas estão desinseridas de qualquer contexto afectivo.

Noutra pesquisa realizada por Gândara (1998), sobre a forma como a enfermeira exerce o seu poder, quando interage com utentes, concluiu que estes evidenciam nos seus

relatos, uma dificuldade ou mesmo uma incapacidade por parte da enfermeira, em estabelecer uma relação centrada na pessoa, valorizando por isso mesmo, a vertente tecnológica dos cuidados em detrimento da vertente relacional, transformando os cuidados num conjunto de tarefas executadas (in Costa, 1999).

Num outro estudo realizado por Mártires (1998), sobre as percepções dos cuidados de enfermagem em adultos e idosos, concluiu que estes são, essencialmente, os que derivam de prescrições médicas e os que se relacionam com a satisfação das suas necessidades humanas básicas, sendo menos frequentes as expressões relativas aos cuidados de vigilância e de relação. No entanto, a importância atribuída, também depende da sua situação de doença aguda, em que a pessoa atribui mais importância à técnica, ou de uma situação crónica, em que a pessoa atribui mais importância aos cuidados relacionais.

Também num estudo realizado por Marques (1999), através de entrevistas a 47 utentes, no dia da sua alta, concluiu que estes valorizavam mais os cuidados de reparação e valorizavam também a simpatia da enfermeira e a sua prontidão no atendimento. Salientamos, no entanto um estudo realizado por Rua (1998), sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva da puérpera, em que as expectativas destas relativamente aos aspectos técnicos dos cuidados foram mais elevadas, do que relativamente aos cuidados relacionais.

Os resultados obtidos por estes estudos, indicam que as utentes elegem os comportamentos associados à eficiência e aos cuidados físicos como, os que mais claramente lhes transmitem a sensação de se sentirem cuidados. O que nos leva a questionar, terá esta perspectiva dos cuidados a ver com o contexto? Ou será mais perceptível pelos utentes? Ou será realmente aquilo que as enfermeiras transmitem?

⇒ **OBSERVAR**

Observar foi a segunda categoria do nosso estudo, que consiste na acção de enfermagem que tem por objectivo avaliar a dilatação do colo e descida da apresentação fetal, através

do toque vaginal e avaliação dos sinais vitais, bem como em fazer a vigilância materno-fetal.

Esta categoria foi subdividida em duas subcategorias, **AVALIAR** e **VIGIAR**.

Quadro 2 – Categoria Observar (N=15)

CATEGORIA	Sub-CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
OBSERVAR	AVALIAR	. Avaliação da dilatação	8
		. Avaliação de sinais vitais	1
			9
	VIGIAR	. Vigilância do R.C.T.	5
		5	
TOTAL			14

➔ **Avaliar**

Avaliar foi referido pelas utentes quando se referiam que as enfermeiras as iam observar, para que assim avaliassem a evolução do trabalho de parto, que coincide com o conceito referido na CIPE (1999, p.153), como uma forma de observar que tem como característica, “*estimar as dimensões, qualidade ou significado de alguma coisa*”.

Como se pode verificar pelo quadro anterior, as utentes referem-se a esta subcategoria aos cuidados de avaliação da evolução do trabalho de parto e á avaliação dos sinais vitais.

São expressões desta categoria:

“...viram logo como eu estava, que tinha dilatação de 4,5 cm” (E₅)

“...a enfermeira observou-me” (E₁₁)

“...o bebé precisava de rodar a cabeça, ela dava um jeitinho, esse jeito dela era o que eu sentia com mais intensidade” (E₇)

“...comecei a sentir uma ligeira impressão cá em baixo como se tivesse vontade de ir à casa de banho, vieram ver e lá estava o meu menino que queria nascer” (E₁₄)

Para além de uma avaliação constante, este tipo de cuidados traduziu-se ainda, pela avaliação dos sinais vitais, nomeadamente avaliação da temperatura. Trata-se de um procedimento que é efectuado sempre que a enfermeira avalie a sua necessidade, a qualquer hora ou momento, independentemente da avaliação que é feita por rotina.

“...medir a temperatura” (E₁₀)

Foi com admiração que constatámos que apenas uma das nossas entrevistadas, referiu a avaliação de sinais vitais, já que por rotina estes são avaliados após o parto (temperatura e tensão arterial) e sempre que necessário. Porque será que as utentes não os identificaram?

Revela-se de extrema importância a avaliação feita pela enfermeira à situação daquela pessoa, como nos refere Marques (2000), para que se possa intervir e assim promover o seu bem estar.

➔ Vigiar

A subcategoria Vigiar, consiste em estar atento, é estar desperto para qualquer emergência. E como afirma Halliday in Figueiredo et al (1995, p.151), *“é uma forma de tocar à distância, e olhar é uma ilustração do tocar à distância”*. Vigiar a utente é, sem dúvida uma forma de interesse, esta postura leva-nos a pensar, que os cuidados se iniciam com o olhar. Estes cuidados de vigilância referem-se à observação constante, do bem-estar materno-fetal.

Com uma vigilância atenta e cuidada, as utentes reconhecem que as enfermeiras despistam complicações, e quando alguma coisa não está bem, sabem avaliá-la, e tomar as medidas necessárias para reduzir os seus efeitos.

“...a enfermeira estava sempre a vigiar-me” (E₄)

“...iam ver como o registo estava” (E₅)

“...sempre atentas ao registo do bebé” (E₁₂)

“...estavam sempre a ver como o bebé estava sabe o bater do coração, dá uma certa coragem saber que ele está bem” (E₁₄)

Esta vigilância pressupõe um conhecimento actualizado e ao mesmo tempo, um conhecimento aprofundado da pessoa, com vista à criação de um clima de confiança e segurança, necessário ao estabelecimento de uma relação terapêutica.

A permanência da enfermeira na sala de parto, durante as 24 horas, permite uma proximidade da relação com as pessoas, num acompanhamento, importante para prevenir complicações tanto para mãe como para o seu filho.

Von Essen (1994) no seu estudo sobre “O que deve a enfermeira fazer/ser para que se sinta cuidada”, uma das respostas mais frequentes foi que as enfermeiras devem estar alerta (in Lövgren et al, 1996). A vigilância dá ao cuidado o seu carácter cuidador e portanto, portador de sentido (Honoré, 2004).

A necessidade premente da enfermeira manter-se vigilante, ao observar se está tudo bem ou se não está, procurando saber o que para as pessoas poderá estar mal, é o objectivo principal da enfermagem, pois só assim se consegue compreender a sua realidade pessoal e estabelecer com ela uma relação, que é uma espécie de comprometimento mutuo, entre quem presta e quem recebe os cuidados.

Vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados são, o cimento invisível que solda o sistema complexo dos cuidados, porque esta função, parece acontecer por si mesma (Benner, 2001), ou como nos revela Honoré (2004), a atenção colocada na vigilância revela um dos aspectos dos cuidados ocultos na sombra.

⇒ **INFORMAR**

A terceira categoria identificada dos cuidados de enfermagem, revelando uma grande importância para as utentes, refere-se à informação obtida. Assim, definimos esta categoria como a acção de enfermagem que consiste em ensinar técnicas de respiração, dependendo das fases de trabalho de parto e explicar os procedimentos efectuados, de modo a tornar compreensível o decurso de todo o processo.

Informar é sem dúvida uma das mais importantes acções de enfermagem, a qual subdividimos em **Ensinar** – ou seja, “*dar a alguém informação sobre temas relacionados com a saúde*” (CIPE 2000, p.162) e, neste caso particular sobre técnicas de respiração durante a contracção, com o objectivo de diminuir o limiar da dor, e ao mesmo tempo, permitir um suficiente aporte de oxigénio ao bebé; e **Explicar** – ou seja, “*tornar alguma coisa compreensível para alguém*” (Ibidem 2000, p.163), de modo a que a utente, conheça as alternativas e respectivas consequências (Ribeiro, 1995), e ao mesmo tempo saiba como está a desenrolar todo o processo do trabalho de parto, só assim poderá deixar de ter medo, e encarar aquele momento com naturalidade.

Quadro 3 – Categoria Informar (N=15)

CATEGORIA	Sub-CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
INFORMAR	ENSINAR	.Técnicas de respiração	15
			15
	EXPLICAR	.Evolução do trabalho de parto .Analgesia epidural .Efeitos de medicação	6
			5
3			
			14
TOTAL			29

➔ Ensinar

As utentes referem-se ao ensino, através dos procedimentos de técnicas de respiração. De realçar, que a todas as utentes entrevistadas, como se pode verificar pelo quadro acima, lhes foi feito ensino sobre a respiração a adoptar nas contracções.

“...ensinou-me a respiração que tinha de fazer no intervalo das contracções, para o oxigénio chegar ao bebé” (E₇)

“...[a enfermeira] esteve a ensinar-me como se fazia a respiração durante as contracções, mas sabe, eu andei na preparação para o parto, sabia como se fazia a respiração... mas aquelas dores são insuportáveis, uma pessoa descontrola-se imenso” (E₁₃)

“...mas na altura do parto eu não estava a fazer bem, e com calma a enfermeira ensinou-me que tinha de me concentrar, meter o ar dentro dos pulmões e fazer força cá em baixo, estive mais de meia hora a puxar, até que estava pronta para sair (E₁₄)

É a pessoa da enfermeira que presta os cuidados, da qual depende a orientação da utente, no sentido de a ajudar a percorrer o caminho, que a conduzirá à vivência de um bem-estar. A enfermeira utiliza tudo para além do que é “*palpável e visível*”, de modo a beneficiarem ambos deste “*estar com*” (Roach 1984, p.15), numa relação onde a informação é partilhada, sendo indispensável entre quem presta cuidados e quem recebe os cuidados.

Alves (1992), no seu estudo sobre o “Grau de satisfação dos utentes submetidos a transplante renal face aos cuidados de enfermagem”, estes realçaram como importante a linguagem utilizada no atendimento e as vantagens do ensino feito pelas enfermeiras.

Num estudo sobre a temática Ajudar na Sala de Partos, realizado em três Instituições Hospitalares por Veladas em 1997, refere-nos que existe uma preocupação na prática de

cuidados das enfermeiras especialistas de saúde materna e obstétrica em ensinar determinadas técnicas de respiração, no sentido de poder aliviar e/ou ajudar, a ultrapassar as dificuldades inerentes à fase de dilatação em que a utente se encontra. O que demonstra uma tomada de consciência e empenho dos profissionais, na utilização de metodologias que visem contribuir para o bem estar da utente e, por conseguinte, a uma prática de cuidados por excelência.

Mas gostaria aqui de me questionar, onde deveria começar a ser feito este ensino? Será que é o momento em que a utente precisa saber fazer, que se vai ensinar? Seria noutro momento, em que esta estaria mais atenta a toda esta informação? Nas consultas?

E todas estas questões, têm a haver um pouco com a minha experiência profissional e também com a expressão desta utente:

“...eu não tinha ideia do que era o trabalho de parto, só sabia que tinha de ter contracções, não me ensinaram nada nas consultas. A enfermeira é que me esteve a explicar que quando tivesse a dilatação completa enchia o peito cheio de ar e encostava o peito ao queixo e devia fazer força... e se fosse cesariana, se fosse para o bloco, isso já seria diferente, já que não era preciso fazer os mesmos exercícios que se faziam no parto normal” (E₉)

Sem dúvida que a maneira de se vivenciar o trabalho de parto é pessoal, mas sabendo antecipadamente o que vai acontecer, ou seja, tornar conhecido o desconhecido, é muito importante e favorecedor de comportamentos diferentes. Daí que seja de salientar a preparação para o parto.

Muitos são os métodos de alívio da dor, mas aquele que actualmente é mais aceite, é o método psicoprofiláctico, baseado nos reflexos condicionados de Pavlov. Este método assenta, sobretudo numa preparação física e psicológica, de modo a que a mulher compreenda as fases do trabalho de parto. Compreende um conjunto de exercícios físicos, relaxamento, técnicas de respiração, de modo a facilitar a colaboração da mulher em cada momento do trabalho de parto. Moreira (1995), refere-nos que as mulheres que tiveram esta preparação necessitam de menos analgésicos, tem menor ansiedade e os recém-nascidos tiveram mais oxigenação por respiração adequada da mãe.

Neste estudo apenas uma das utentes referiu, ter feito a preparação para o parto.

“...eu tinha andado nas aulas de preparação e já sabia como se fazia a respiração e o que ia acontecer (...) mas os nervos são tantos, que não conseguia fazer a respiração”(E₁₀)

Ao sentir as primeiras contracções uterinas, a mulher começa a sentir dor, que lhe causa medo, tensão e, por conseguinte dificultando todo o processo do trabalho de parto. A mulher sente-se perdida, num processo desconhecido e doloroso, perdendo o controlo psíquico sobre si própria e sobre o mecanismo fisiológico e complexo do trabalho de parto (Gil, 1998). Sem dúvida, que é através de esclarecimentos prévios à mulher, sobre o mecanismo do trabalho de parto e respectivas técnicas, exercícios de controlo muscular e respiratório, que iremos obter uma colaboração adequada por parte desta, em todo o processo de trabalho de parto. E assim, segundo as indicações da pessoa que lhe presta cuidados, a mulher transforma o parto em algo que, embora sendo difícil, está dentro das suas capacidades, tornando-se numa mãe activa, evitando assim um parto difícil.

➔ Explicar

No que respeita à subcategoria Explicar, as utentes referem-se a esta, em tornar algo compreensível e claro, relativamente a esclarecimentos dados sobre a analgesia epidural, efeitos da medicação e da evolução do trabalho de parto.

“...falaram-me da epidural e eu disse que se não fosse prejudicial a mim e ao bebé eu não me importava, disseram-me que não e pronto depois deram-me a epidural” (E₉)

“...a enfermeira perguntou-me se sabia o que era a epidural, eu já tinha lido, ela explicou-me” (E₁₁)

“...a enfermeira da sala de partos perguntou-me se eu sabia o que era a epidural e explicou-me...mas as dores apertavam e eu disse que se não me fazia mal a mim nem ao bebé tudo bem eu não queria era ter dores” (E₁₄)

A analgesia epidural encontra-se divulgada em larga escala em maternidades e hospitais do nosso país, que tem por objectivo suprimir a dor provocada pelas contracções uterinas.

Segundo Lampreia (1997), do ponto de vista dos sujeitos “*darem a opinião*” á enfermeira, e simultaneamente, “*ouvirem a opinião*” da enfermeira, é um processo que lhes facilita a tomada de decisão, de forma mais esclarecida, visto os ajudar a clarificar as informações, que já detém sobre os processos saúde-doença, assim como a explorar possíveis alternativas que lhe dizem respeito, e a validar as decisões a tomar em relação ao mesmo (p.164).

Deste ponto de vista, a participação das utentes no processo de cuidados, permite uma interacção, em que tanto a utente como a enfermeira, assumem um papel igualmente importante, efectivando-se através de uma comunicação centrada na utente, com a intenção de a ajudar a satisfazer as suas necessidades, encorajando-a à tomada de decisões partilhadas, e de promover o processo de cuidados em torno de um agir em conjunto.

Num estudo realizado por Gil (1998), refere-nos haver uma relação significativa, entre o aconselhamento de técnicas sobre a possibilidade do recurso à epidural, e a opção das grávidas por esta analgesia durante o parto.

Outras informações importantes são fornecidas pelas enfermeiras, do ponto de vista das utentes.

“...(administração de medicamentos) que sentia tudo à roda, sentia-me sem forças, mas ela bem me avisou, até me disse para fechar os olhos e pensar na Carolina” (E₁₃)

“...(a enfermeira) informou-me do efeito do medicamento que me ia dar para eu não sentir tantas dores, porque dói a sério... até dormi” (E₂)

É importante que as utentes saibam porque lhes vão administrar certos medicamentos e os seus efeitos, para que estas se sintam mais seguras, confiantes e calmas, de modo “*a criar um sentimento de estar e ser cuidado como pessoa única*” (Hesbeen 2001, p.24).

O direito à informação e ao consentimento informado, faz parte dos direitos dos utentes como sabemos. Pelo descrito, as utentes privilegiam a informação e as explicações, que lhes são dadas pelas enfermeiras.

Messener (1993) descreve que um dos aspectos que as pessoas apreciam nos cuidados de enfermagem são, as informações e explicações que as enfermeiras lhes vão dando acerca da sua situação clínica, ajudam-nas a passar por acontecimentos que desconhecem e a apoderar-se deles para os dominar e autocontrolar.

“...a enfermeira logo me avisou que eu iria ter dores por causa dos puxos e tinha de ter contracções” (E₅)

“...explicam-nos as coisas, uma pessoa sabe o que está a acontecer” (E₇)

“...[a enfermeira] explicava-me como o bebé estava... sabe, mal posicionado (em sagrada) e por tal, demorava mais tempo, mas era tudo normal, portanto, vai fazer força e assim durante mais tempo” (E₁₁)

“...eu até estava com receio quando ela me disse para eu não fazer força porque a criança vinha enfeitada (com o cordão ao pescoço) mas correu tudo bem (E₄)

“...eu achei-o muito roxo e disseram-me que eu era normal” (E₆).

A confirmar que as informações fornecidas pelas enfermeiras durante o trabalho de parto são essenciais para acompanhar a utente nesta passagem da vida, dar à luz, está a pesquisa levada a cabo por Fleissing (1993), em que nos refere que as mulheres que sentiram, que tiveram uma informação adequada durante o trabalho de parto, referiram que esta foi uma experiência mais completa e mais satisfatória, e daí, resultarem sentimentos mais positivos acerca do bebé. Estes resultados são corroborados por Rautava et al (1991), uma vez que as mulheres bem informadas no que diz respeito a procedimentos efectuados em relação ao modo como o trabalho de parto progride, apresentavam no seu estudo mais autoconfiança, preparando-as para que façam as

escolhas acertadas no que diz respeito à sua saúde, e assim estando dispostas a ter outro bebé mais cedo.

As mulheres que se sentiram mal informadas, revelaram um aumento de ansiedade, e a sua experiência de dar à luz desapontou-as, e nalguns casos até as chocou, ficando relutantes a ter outro bebé nos próximos anos (Rautava et al, 1991).

Do estudo realizado por Parreira (1995) sob o tema “Práticas Cuidativas em Saúde Materna”, emergiu um tema dos dados “*Fazem mas não explicam*” que surgiu dos significados que as utentes atribuem à prática dos cuidados das enfermeiras. Sendo enfatizado, à falta de explicações a vários níveis das acções e procedimentos realizados pelas enfermeiras, tendo como “*intuito de as ajudar, mas que falta de explicação, são interpretados como actos de despersonalização e em momentos de maior tensão, durante o seu internamento, constituíram a razão para vivenciarem sentimentos negativos*” (p.182).

Bonadio (1998) ao estudar as vivências das mulheres durante o atendimento na fase pré-natal, utilizando o método da etnografia, emergiu um tema dos relatos das utentes que foi, “*pré-natal é melhor onde conversam e explicam as coisas á gente*” (p.14). Esta vivência positiva da experiência da gravidez é obtida, pelo facto de se estabelecer um vínculo de confiança entre a mulher e, a enfermeira, onde a interacção é um elemento fundamental, permitindo a estas futuras mães se sentirem, “*consideradas como gente*” (Ibidem, p.14), melhorando assim a sua auto estima e a confiança em si mesmas.

Também o estudo realizado por Neves (1998), intitulado “Práticas Cuidativas numa Unidade de Cirurgia, significado contextual para os doentes”, levou-a a identificar dois temas culturais, um deles “*Tratam, mas não explicam*”, o que leva a concluir que a informação dada pelas enfermeiras é insuficiente, e que os utentes valorizam esta componente dos cuidados para que se sintam cuidados de facto, em todas as suas dimensões como pessoa.

Swanson (1991), nos seus trabalhos sobre os processos de cuidar, identificou este procedimento das enfermeiras como possibilitar, isto é, facilitar a passagem dos outros, pelas transições da vida e de acontecimentos desconhecidos. As enfermeiras ao informarem, orientarem e explicarem estão a possibilitar, o uso do seu conhecimento pelo outro, para seu próprio bem.

Verificamos pelos diferentes estudos, e por este, que quando a enfermeira explica os procedimentos que vai realizar, antes de os executar, possibilita à utente um conhecimento que é seu, de modo a ser utilizado por esta, de forma a tornar menos difícil a passagem por essa situação, “*ajudando a atenuar ansiedade e a angústia que frequentemente sentem aqueles que se encontram hospitalizados e por consequência mais fragilizados*” (Silva 2002, p.116). Estes procedimentos são extremamente importantes, pois possibilitam uma maior colaboração da pessoa, sendo maior a sua confiança com, e nos profissionais, a cujos cuidados está entregue e permitindo uma maior probabilidade de sucesso nas acções desenvolvidas.

É importante que se disponibilize à utente toda a informação necessária, de modo a que contribua para o seu bem-estar, só assim se pode “*ir ao encontro do outro particular e responder com confiança, compaixão e abertura ao diálogo*” (Benner 2000, p.20). Por tudo isto, o cuidar implica uma atenção à pessoa como um todo, acompanhá-la, ajudando-a a encontrar energia e informando-a de modo a responder às suas necessidades e dificuldades presentes.

E, porque o cuidado que fundamenta a enfermagem desde os tempos mais remotos deve ser uma experiência vivida numa presença autêntica, através de uma relação pessoa a pessoa, em que ambos vivem a relação no momento, o que nos reporta para a categoria seguinte “estar disponível”.

⇒ **ESTAR DISPONIVEL**

Esta categoria surgiu no estudo, revelando-se de uma importância crucial, para as utentes ultrapassarem aquele momento, sendo definida como a acção de enfermagem que transmite disponibilidade, presença, escuta, e que revela uma atenção individualizada às necessidades da utente.

Figueiredo et al (1995, p.15) refere-nos que cuidar é “*presença, é estar activo no ambiente de cuidado*”, e acrescenta “*é pensar junto, estar junto com o outro*”. Assim, o cuidado pressupõe uma disponibilidade para a interacção com o outro. Estar disponível permite à enfermeira mostrar que está ali, disponível para a pessoa,

escutando-a serenamente e revelando uma atenção particular, de modo a identificar e responder às inquietações do momento (Hesbeen, 2000).

Quadro 4 – Categoria Estar Disponível (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	F
ESTAR PRESENTE	.Presença	9
	.Sempre a perguntar se precisava de algo	6
	.Disponibilidade	3
	.Escuta	2
TOTAL		20

A presença adquire no discurso das utentes, uma certa especificidade, não se dando de uma forma desinteressada e ao acaso, ela requer uma certa intenção, um certo interesse e uma disponibilidade para a pessoa.

“... (as enfermeiras) estavam sempre presentes” (E₁₅)

“...elas estiveram sempre ao pé de mim nunca me abandonaram(...) sabe achei que não precisava de gritar para virem para o pé de mim” (E₁)

“...não me deram nada, tive de aguentar com as dores na mesma, mas a maneira de falarem para mim, tratavam-me bem, sempre ao pé de mim com um sorriso...” (E₁₂).

“...nunca me deixaram sozinha” (E₈)

Para estas utentes a presença reveste-se de grande importância, pois proporciona um contacto humano e uma presença afectiva que todas desejam e merecem. Como nos refere Preguiça e Sobral (2002, p 27) *“não há remédio para todos os doentes, há sim uma atitude humana específica para cada pessoa como ser único que é”*.

O estar disponível é expresso também em escutar o outro, uma escuta atenta e reflexiva. Uma escuta que pode possibilitar a descoberta do mundo do outro, e conseqüentemente uma maior compreensão do que se passa com ele. Com base nesta compreensão, é que se podem encontrar formas de transcender a condição do momento.

“...escutaram-me quando precisava” (E₁₅)

“...eu estava muito ansiosa e as lágrimas corriam-me, pois um familiar próximo tinha tido um acidente naquele dia e nem sabia o que sentia (...) foi bom ter aquela enfermeira que me ouviu e compreendeu naquele momento...” (E₁₃)

A escuta, pressupõe uma qualidade de presença feita de disponibilidade e de vontade para se centrar na pessoa e para tentar melhor compreendê-la, pois segundo Hesbeen (2000; 2001), permite acolher a palavra do outro, graças à expressão das suas inquietações, ou do seu sofrimento ou das suas incertezas. Apesar de escutar parecer um processo passivo de receber informação, é na realidade, um processo activo e voluntário (Lazure, 1994), que requer uma grande atenção por parte da enfermeira, pois escutar não é só ouvir com os ouvidos, é ouvir com todo o nosso ser. Para Chalifour (1994), é através da escuta, que a enfermeira consegue captar a mensagem e em seguida, compreender o seu conteúdo conceptual e afectivo. Também Tomatis (1987), nos refere que a escuta conduz à percepção mais subtil de tudo o que existe, sendo esta o suporte da vida.

Concordamos com Collière (1989, p.152), quando nos refere que *“é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados”*, proporcionando o contacto entre duas pessoas, e acrescenta que, *“é o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem”*, sendo necessário uma presença autêntica no momento do cuidar (Watson, 2002), mobilizando uma atenção intencional, que segundo Hesbeen (2001), reflecte uma presença do outro e uma intenção real de cuidar. A enfermeira assegura uma presença continua ao lado da utente e deve dar prova, em todo o tempo, de disponibilidade, de saber acompanhar a pessoa naquele momento difícil como nos referem as expressões:

“...a atenção e a disponibilidade para estarem ao pé de nós” (E₁₄)

“...as enfermeiras muito atentas a tudo o que se passava (...) elas estavam sempre ali (...) pois podia contar com elas foi tudo tão diferente do outro” (E₁)

“...foi muito atenciosa. Ela informou-me das coisas que se iam a passar, mas eu também perguntava, e ela disponibilizou-se sempre para me informar, estava sempre ao pé de mim eu sentia-me acompanhada (E₁₃)

Cuidar é sempre visto num contexto interpessoal em que o aspecto relacional é o veículo que permite atingir a sua finalidade (Collière, 1989), de modo a estar desperto para as necessidades da pessoa e assim dar atenção á pessoa cuidada.

“...as enfermeiras estavam sempre a perguntar se precisava de alguma coisa (...) estavam sempre a ver se estava tudo bem” (E₄)

“...as pessoas estavam com atenção, sempre a perguntar se precisava de alguma coisa” (E₂)

“... vinham procurar como é que eu estava se tinha muitas dores se estava bem disposta se precisava de alguma coisa” (E₅)

Neste sentido o estar disponível, requer estar mais do que fisicamente presente, implica estar com o outro. Osterman e Schwartz-Barcott (1997), definiram presença como estando lá, e identificaram quatro maneiras em que a presença varia, segundo a qualidade de estar lá, o foco de energia da enfermeira e a natureza da interacção enfermeira-utente. Segundo os mesmos autores, existem quatro formas de estar presente, que reflectem graus de intensidade no contacto com o outro. Pode-se estar lá fisicamente, em que a energia está centrada no Eu; podemos estar lá fisicamente e centrada no objecto, estando a energia centrada numa tarefa; podemos estar lá fisicamente e centrada psico-socialmente e espiritualmente numa relação que é transformadora (energia concentrada) e domina a unicidade do enfermeiro e do utente.

Também Watson (2002) nos refere McKivergin & Danbenmine, que identificaram três níveis de presença: a presença física, o estar presente para o outro; a presença psicológica, estar com o outro, envolvendo a ligação à mente; e a presença terapêutica, que está ligada com a consciência de cuidar, atenção, intencionalidade e cuidar transpessoal.

Fredriksson (1999), ao investigar 28 artigos publicados entre 1989 e 1997 em jornais de enfermagem, em relação ao conceito de presença, concluiu que este é, estar com o utente sendo esta conexão baseada num recebimento mútuo, que permite um alto grau de intersubjectividade.

Como podemos verificar, o conceito de presença é difícil de descrever e de articular. Mas Gilje (1992; in Silva, 1998) define presença como uma troca inter e intra-subjectiva com a pessoa, através do sentimento em uma experiência plena de significado. Esta presença constante das enfermeiras permite transmitir uma disponibilidade para estar com a pessoa (Benner, 2001). Ou como nos refere Vattimo (1996), a presença pressupõe um estar junto com o sujeito de cuidados, preocupando-se e ocupar-se do outro, de modo a compreendê-lo. O estar disponível para estas utentes, significa uma forma essencial de cuidado.

Num estudo realizado por Swanson (1991) sobre o processo de cuidar, a autora refere-se a “estar com” o outro, o que se traduz, por estar emocionalmente presente para o outro, mostrando disponibilidade, competência e partilhando sentimentos.

Lampreia (1997), no seu estudo sobre “A participação do doente nos cuidados de enfermagem Que significados? Que expectativas?”, os sujeitos de estudo, consideram que quando a enfermeira pela sua atitude, através da sua atenção e disponibilidade, e mediante a utilização de uma comunicação terapêutica compreende o utente, e favorece o desenvolvimento do seu potencial, está assim, a pessoa da enfermeira, a contribuir para o envolvimento do utente no processo de cuidados. Estas condições foram consideradas estimulantes para o desenvolvimento, e para a manutenção de uma atitude participativa por parte dos utentes no processo de cuidados.

Arborelius (1992) refere-nos que as características mais importantes da prática de enfermagem, foram avaliadas como sendo, um bom ouvinte, ser alguém que compreende a sua preocupação e quem trata os utentes como iguais (in Lövgren 1996).

Num estudo realizado pelos autores Hinds e Moyer (1997), relativamente às experiências dos utentes durante o tratamento com radioterapia, usando o método da grounded theory, emergiram três tipos principais de apoio: estar lá, dar ajuda e dar informação.

Ferreira (2002), ao estudar a pessoa com dor concluiu que o utente considera positiva a interacção com a enfermeira, quando esta lhe demonstra comportamentos de interesse e disponibilidade, apreciando ser cuidado como um ser humano, em que a atenção, o carinho, a escuta e a presença efectiva da enfermeira são essenciais para o seu bem estar.

Como podemos verificar por estes estudos e pelo efectuado por nós, a pessoa cuidada valoriza a disponibilidade da enfermeira para ouvir, ajudar e o seu interesse pelos seus problemas. Cuidar pressupõe estar disponível para o outro, numa presença autêntica de pessoa-a-pessoa.

⇒ CONFORTAR

Confortar é quinta categoria encontrada neste estudo, e pode ser descrita como um conjunto de acções de enfermagem, que vão permitir ao beneficiário do cuidado bem-estar, traduzido por conforto físico, apoio, ajuda, palavras e segurança, de modo a ultrapassar os momentos de maior ansiedade e dor.

Quadro 5 – Categoria Confortar (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
CONFORTAR	. Ajuda / Apoio	11
	. Conforto físico	4
	. A maneira de conversar	3
	. Incentivos	2
	. Acolhida	1
TOTAL		21

Quando a utente se encontra em trabalho de parto, geralmente está um tanto temerosa e apreensiva, especialmente se for a sua primeira experiência hospitalar, sendo muito importante que a enfermeira a receba, a ela e ao pai, de uma maneira calorosa, e faça tudo o que puder, para que a utente se sinta confortável e à vontade, como nos refere a expressão seguinte:

“...senti-me acolhida” (E₁₄)

Segundo Hampton (1983) citado por Fernandes e Vieira (2000, p.71), acolher significa, *“comportar-se de determinada maneira com certa pessoa, receber favoravelmente*

alguém através das palavras, ideias, sentimentos, facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar e aceitar". O acolhimento é um cuidado de enfermagem, onde a disponibilidade efectiva e afectiva deve estar presente para acolher, entender, e ajudar o outro nas suas necessidades e diferenças.

O cuidado de enfermagem, como encontro entre os seres humanos, não tem dia nem hora marcada para acontecer. Acontece à luz do dia ou da noite, como nos refere a expressão:

"...a enfermeira estava sempre a perguntar-me se eu tinha dormido, se já tinha descansado, foi muitas vezes ao pé de mim durante a noite, a tentar acalmar-me pois eu estava muito nervosa" (E₁₅)

"...falavam comigo a perguntar-me se eu estava bem disposta, perguntavam-me se eu tinha muitas dores, se tinha poucas, como é que sentia, pronto eram essas palavras, para ter calma, para dormir, para descansar um bocadinho que me fizeram sentir bem" (E₁)

A relação de cuidado emerge então, como essencial para o desenrolar de todo o processo do trabalho de parto. Segundo Collière (2003, p.184) os cuidados de conforto *"são os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição"*. Esta necessidade de conforto é indispensável, para fortalecer os sentimentos da futura mãe, como elas nos referem:

"...(as enfermeiras) disseram-me que eu ia conseguir" (E₃)

"...(as enfermeiras) dão um bocado de apoio também, com informação para as pessoas terem coragem, vai conseguir, essas coisas assim ..." (E₁₅)

À medidas que as contracções uterinas aumentam, o descontrolo é maior, e os cuidados devem proporcionar conforto, para aguentar com coragem, uma situação de dor e sofrimento. Assim, os cuidados de enfermagem só têm sentido e valor, se contribuírem

para o reencontro com o próprio corpo, que como afirma Collière (1989), é local de amor e ódio, de prazer e dor, de reflexão, de comunicação, de desejo e de agressividade. Prestar cuidados é, descobrir a linguagem do próprio corpo, nas suas diferentes formas de expressão, e a partir dessa compreensão procurar o que tem valor para a vida das pessoas.

“...estavam sempre a dar-me apoio e atenção” (E₁₅)

“...apoiarem-me” (E₁₂)

“...acalmava-me” (E₂)

Esta forma de atenção, que se tem para o outro, expressa com significado pelas utentes, pode transmitir paz, conforto e produzir uma sensação de relaxamento (Silva, 1998), de modo a ajudá-la a transcender a sua condição de dor e sofrimento, onde o cuidado de enfermagem, singulariza-se em cada situação, numa atenção particular e de ajuda à pessoa (Hesbeen, 2000; 2001).

“...as enfermeiras ajudaram-me a controlar as dores” (E₆)

“...ajudaram-me a fazer força” (E₁₀)

“...na hora das contracções ajudou-me muito” (E₉)

No seio da equipa multidisciplinar, todas as profissionais anseiam por ajudar a utente (Adams, 1994), cabendo à enfermeira um papel preponderante, para que a utente se sinta bem, uma vez que é o profissional que permanece mais tempo junto desta, e o que melhor pode avaliar a presença do desconforto da dor, e intervir de modo a avaliá-la ou eliminá-la, ajudando-a, a suportar a dor e /ou controlar a sua atitude perante esta.

A enfermeira McCaffery (1996), afirma que *“a profissão de enfermagem deve declarar que o controlo da dor é uma responsabilidade primordial da enfermagem”* e acrescenta que, *“podemos curar raramente, aliviar algumas vezes e confortar sempre”* (in Perguiça e Sobral 2003, p.27).

Neste processo, em que a enfermeira e a utente partilham as dores, sofrimento, e a alegria final, numa relação mútua, o “*cuidado emerge como essencial para própria vida destes seres vivos*” (Silva 1998, p.215), como nos referem as expressões:

“...sem aquelas duas enfermeiras não sei o que seria” (E₈)

“...aquela ajuda da enfermeira foi fantástica, não me posso esquecer” (E₆)

O cuidado de enfermagem é, pois composto por pequenas coisas, que têm para a utente uma grandeza de ajuda, por vezes tão discreta, mas tão crucial, que permite encontrar meios para promover o seu bem-estar. A essência do cuidado de enfermagem é a acção interpessoal enfermeira/utente, com o objectivo de produzir nesta um resultado terapêutico (Hesbeen, 2000). É à volta do nascimento, que os cuidados se substituem e se completam na sua diversidade (Collière, 2003), que são prestados à pessoa, que é também o seu próprio corpo.

“...confortava-me na cama(...) tive frio e puseram-me um cobertor” (E₉)

“...(a enfermeira) molhou-me os lábios para eu não sentir aquela impressão de sentir a boca seca” (E₅)

“...estavam sempre a perguntar-me se queria alguma coisa, se não tinha nada, se precisava de algo, ainda me disseram para eu dormir um pouco mas elas tinham que fazer e havia barulho e eu aproveitei e pus a conversa em dia com o meu marido” (E₁₄)

É importante que os cuidados de enfermagem contenham estas pequenas coisas, que contribuem para que a utente se sinta confortável, e assim as enfermeiras, “*beneficiam de oportunidades particulares para dar às suas práticas um sentido de verdadeira ajuda e para actuar como vectores de serenidade junto das pessoas a quem se dirigem*” tornando, “*mais confortável, mais suave e mais calorosa a situação vivida*” (Hesbeen 2000, p.70), pois cada pessoa sendo única, necessita dum cuidado ajustado à sua realidade presente (Bernardo, 2003), onde as palavras são muito importantes.

“...não sei, a maneira de conversar, de estar, a pessoa fica mais confiante, senti-me mais à vontade (E₁₃)

“...as palavras dela, tudo ajudou” (E₉)

“...bem, só a maneira como elas falavam para mim já foi bom, estava lá uma enfermeira muito simpática, acho que só isso me deixou à vontade, porque eu acho que se fossem para lá a falar muito mal para mim era mais difícil para eu o conseguir ter” (E₁₂)

Esses cuidados dos quais ninguém pode abdicar, compostos por *“mil e um pormenores”*, (Hesbeen 2000, p.71) simples e banais, misturam-se com as nossas actividades mais usuais e excepcionais, às quais prestamos pouca atenção quando estamos bem, no entanto são indispensáveis, pois, *“a palavra continua a ser o motor dos cuidados... a palavra que desperta... palavra que apela à existência...”* (Collière 2003, p.181), cuidados que suscitam satisfação e promovem um enriquecimento mútuo. *“As palavras transformam-se em armas”* (Watson 2002, p.12), para aquela mulher que está só, que sofre, que tem dor e medo do desconhecido, pois os cuidados dirigem-se a tudo o que faz reagir e despertar para a vida.

Por tudo isto o confortar não se limita à colocação de um cobertor, ao molhar os lábios, gestos estes que por si só, já são importantes e delicados, mas é todo um conjunto de elementos que vai permitir à utente e acompanhante, sentir-se suficientemente confortável e em segurança (Hesbeen, 2000).

Num estudo realizado por Leininger referenciado por Ribeiro (1995, p.35), esta conclui que cuidar é essencialmente fornecer, *“apoio, conforto, segurança e ajuda ao paciente”*, com a finalidade de melhorar a sua condição humana ou a sua maneira de viver. Também Lövgren (1996), no seu estudo revelou que para os utentes um bom cuidado era composto de ajuda, reconhecimento das necessidades individuais e ter cuidados adequados, ser respeitado, acreditado, apoiado e ser envolvido no seu próprio processo de cuidados.

Parece consensual considerar que confortar a utente, é um imperativo para todas as enfermeiras, já que a identidade e a natureza do cuidar encontra aí a sua finalidade mais

profunda. Cuidar como crescimento pessoal de quem cuida e de quem é cuidado é o alcance da plena realização do seu potencial humano, num processo de partilha, onde o conforto pressupõe uma “*presença contínua*” de modo a “*tornar mais suave e mais calorosa a situação vivida*” (Hesbeen 2001, p.34; 2000, p. 70).

⇒ **MOSTRAR AFECTO**

Outra das categorias encontradas por nós no presente estudo, foi Mostrar Afecto, a qual definimos como um conjunto de acções que visam, mostrar ternura, através do toque, do carinho, da simpatia, de modo a ultrapassar os momentos de maior sofrimento e alegria ao mesmo tempo.

Quadro 6 – Categoria Mostrar Afecto (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
MOSTRAR AFECTO	. Carinho	4
	. Simpatia	4
	. Toque	3
TOTAL		11

O cuidado em enfermagem é fundamental para a profissão. Uma das formas de mostrar esse cuidado, é através do afecto, como nos refere Gaut, cuidar é “*uma consideração individual, afecto ou amizade*” (in Watson 2002, p.60).

Todo o cuidar envolve acções carinhosas, que têm um valor inigualável para o outro:

“...a atenção, o carinho, a presença constante da enfermeira, foi isso tudo que me ajudou bastante” (E₁₁)

“...aquele carinho para mim foi imprescindível” (E₈)

“...o carinho não só para mim como para o meu marido” (E₅)

“O amor e o cuidar são duas forças cósmicas (...), mais espantosas e mais misteriosas” (Trilhand de Chardin, citado por Watson 2002, p.90), sendo universais, são indispensáveis às pessoas, para poderem ultrapassar momentos que apesar de difíceis, permanecem durante toda a sua existência como presentes e inigualáveis.

As enfermeiras têm uma grande preocupação em simplificar a vivência do momento, de modo a poder ser ultrapassada da forma mais natural possível, como referem as expressões:

“...até ao bebé nascer elas estarem ali de mão dada comigo” (E₈)

“...ajudaram-me muito, nem que mais não seja a darem-me a mão” (E₁₁)

Sendo a enfermeira o profissional da equipa de saúde que mais tempo passa em contacto com as utentes, é ela também que mais vezes utiliza essa forma de contacto, é através do tocar, que muitas vezes se desenvolve a verdadeira relação. O tocar é uma forma importante de comunicar, feito no momento oportuno raramente deixa indiferente alguém que necessita de ajuda, porém, deve possuir carácter de espontaneidade e de conhecimento da utente. Quem já passou por um internamento (seja do próprio, seja de alguém que lhe é querido) sabe com certeza, o valor que tem um simples sorriso, um olhar atento, um toque no ombro, um afagar do cabelo, uma palavra (“então Senhora Maria, como se sente? As contracções diminuíram?”, coragem, ânimo “vai conseguir?”)...um toque na mão, aquela mão que aguarda a chegada do filho com ansiedade... (não tenha medo, nós estamos aqui, fique tranquila).

A enfermeira deve ter em conta estes aspectos para saber exactamente o momento e a situação, em que deve recorrer a ele. O toque sem dúvida é um “*sentir humano básico, é uma necessidade básica*” (Watson 2002, p.212).

O toque mistura-se com as nossas actividades mais usuais, com as mais excepcionais, às quais nós damos pouca atenção, no entanto ele está investido de afectividade simbólica, pois os cuidados são transmitidos e prodigalizados essencialmente pelas mãos, pelo toque, pelo contacto “corpo a corpo”. Partilhamos da opinião de Collière (2003) ao referenciar que, as mãos são, e permanecem os primeiros utensílios dos cuidados: as mãos que apaziguam... as mãos que estimulam... as mãos que relaxam... as mãos que

fortificam. O toque é a matriz de todos os sentidos, que dá vida, aquele que é tocado (Figueiredo et al, 1995).

Aceita-se na enfermagem, que através do corpo se podem prestar cuidados às pessoas, em especial através dos sentidos, dos quais se destaca o tacto, por ser o primeiro de todos os sentidos na prestação de cuidados, primeiro pela via maternal, e, depois pelas mãos dos que cuidam. Também Collière (1989), considera o corpo em si mesmo como o primeiro instrumento daquele que presta cuidados, no sentido de ser o veículo, o mediador dos cuidados. É necessário redescobrir as propriedades do corpo, que podem ser desenvolvidas ou inibidas pela enfermeira na prestação de cuidados, dado que as mãos não são apenas utilizadas para manipular, levantar, pegar nos instrumentos, mas também para acalmar, massajar, relaxar, devendo também ser sentidas como uma forma de carinho, de apoio, conforto, proximidade, encorajamento, compreensão, sinceridade, respeito, desejo de ajudar, e interesse e preocupação pelo outro (Hüdak e Gallo, 1997; citados por Roxo, 2003).

Também Hesbeen (2000) nos refere que para ir ao encontro do outro, daquele que sofre, que necessita de ajuda, é necessária uma doçura apropriada, comedida, é um olhar, um toque, uma massagem, como nos refere a expressão:

“... olhe, eu agarrei tanto na mão da enfermeira que no final ainda lhe pedi desculpa e ela “por amor de Deus não é preciso isso, nós estamos aqui para isso, para dar carinho e conforto” (E₈).

O toque é utilizado muito frequentemente durante a prestação de cuidados, constituindo um meio primordial de comunicação não verbal, que possibilita a interacção com a utente.

Num estudo realizado por Morse e Estabrooks (1992), o toque foi reconhecido como um elemento do cuidar e um canal de comunicação muito forte, que transmite conforto e alivia o sofrimento (in Costa, 1999). Também Palma e Silva (1992), num estudo realizado com utentes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca provou, que aos utentes a quem foi intensificada a comunicação táctil apresentaram um grau de satisfação mais elevado.

Começa a ser frequente, e fundamental, observar-se enfermeiras ao lado da utente, libertaram-se por alguns minutos das suas múltiplas tarefas, e esperar que a utente acabe de falar tocando no braço, na mão e até na cabeça, assumindo um valor acrescentado para a pessoa que está, aterrorizada pelas contracções e recebe o toque de carinho de uma forma expressiva.

Pelo exposto, será que quem cuida compreende os potenciais benéficos e malefícios que o toque pode provocar? Ou será este mais um daqueles cuidados que fica para os outros demonstrarem que têm fortes efeitos terapêuticos?

Num estudo realizado por Pineda et al (2001), com o objectivo de determinar a satisfação das mulheres, relativamente à atenção proporcionada pela parteira durante o trabalho de parto, concluíram que as utentes ficaram muito satisfeitas com o apoio emocional proporcionado pela parteira.

A forma como o carinho é demonstrado, na interacção como o outro, pode a nosso ver, tornar o trabalho de parto uma experiência gratificante, em vez do sofrimento aterrador que costumava ser. É, pois necessário não só dar ênfase ao atendimento das necessidades físicas das utentes, apesar de estas serem as mais visíveis e mais fáceis de tratar, mas é importantíssimo, como nos refere o estudo anterior, que a utente receba apoio emocional de que necessita, para que se possa sair de uma forma satisfatória durante esse trabalho de parto. Pois segundo Bethea (1977, p.175), *“o apoio emocional que a utente recebe, ou não recebe, durante o trabalho de parto, não somente influencia a sua imagem própria e a evolução desse trabalho de parto, como também suas atitudes em relação ao marido, seu filho e as próximas gestações”*.

Mostrar boa vontade seja por gestos e/ou palavras, é o que nos referem as expressões seguintes:

“...a enfermeira foi muito simpática” (E₇)

“...foram muito simpáticas e humanas” (E₁)

Podemos afirmar que este tipo de profissionalismo leva-nos a uma prática onde o cuidar está presente, valorizando os aspectos menos visíveis do cuidado.

Num estudo realizado por Melo (1998), sobre a competência da enfermeira no cuidar do idoso, concluiu que os idosos e enfermeiras estavam em concordância, relativamente às características que a enfermeira competente deverá possuir, privilegiando a dimensão relacional. Quando questionados sobre a melhoria dos cuidados de enfermagem os idosos referiam maioritariamente enfermeiras mais humanas e carinhosas.

Nunca devemos negligenciar o quanto é importante tornar caloroso o lugar de cuidados, o que se pode traduzir por um sorriso, um olhar que transmite luz, simpatia e calor humano, pois como nos relata uma testemunha que *“certos dias podia passar sem ansiolíticos, consoante o primeiro contacto da manhã fosse caloroso, sorridente e descontraído, ou pelo contrário, frio, distante e apressado (Hesbeen 2000, p.58)”*.

Para cuidar não chega saber, é necessário ter atitudes que permitam utilizar o máximo de saberes adquiridos. Cuidar é diferente de administrar uma terapêutica; cuidar é um conjunto coerente de pensamentos e sentimentos que nos forcem a agir, a evidenciar determinado comportamento, exigindo conhecimentos especiais, a fim de proporcionar a cada ser humano o bem estar a que tem direito.

Também Kralit e Koch (1997) no seu estudo intitulado, “Boa prática de enfermagem na perspectiva dos clientes: um ponto de partida para o desenvolvimento da enfermagem profissional”, as participantes descreveram a experiência dos cuidados dando importância à interacção entre utente e enfermeira, sendo esta descrita em relação às atitudes das enfermeiras no que respeita á sua generosidade, amizade, objectividade e sentido de humor.

Como podemos verificar, são acções nem sofisticadas nem espectaculares, mas revelam a atenção particular que os utentes necessitam e que são indispensáveis ao seu bem-estar.

⇒ESTAR SOLIDÁRIO

É sétima categoria encontrada neste estudo e que pode ser descrita como, a acção de enfermagem caracterizada por uma partilha entre a enfermeira e a utente, com a finalidade de a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades e medos.

Quadro 7 – Estar Solidário (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
ESTAR SOLIDÁRIO	. Alívio da dor	6
	. Preocupação com o outro	5
TOTAL		11

Esta categoria envolve-se de grande significado, tal como referem as expressões seguintes:

“...às vezes quando as dores apertavam mais eu pedia para me tirarem as dores e ela lá nisso foi impecável, fez tudo o possível” (E₉)

“...uma das enfermeiras quis fazer por tudo que eu não tivesse dores (...) as coisas que ela me dava não actuavam, tentou sempre fazer o melhor, são umas horas apertadas” (E₃)

“...o de se preocuparem connosco, porque senão não tinha feito a epidural e estava ali a sofrer sem necessidade nenhuma, foi maravilhoso tudo” (E₁₄)

A dor é algo inerente à própria vida, é tão antiga como o próprio homem. A definição de dor da Associação Internacional para o Estudo da Dor é citada por Ribeiro (1998, p.359), como *“uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”*. A dor deve ser assim vista como subjectiva, e que só é quantificável pela pessoa que a sente, pois segundo Sorensen e Luckmann, (1994) a dor existe sempre quando a pessoa diz senti-la. A dor pode ser intensificada pela ansiedade, medo do desconhecido, tensão, desespero, sofrimento este que nós enfermeiras devemos ter em conta, o qual devemos partilhar com a utente, numa actuação atempada, ponderando os riscos e os benefícios, de modo a escolher as opções apropriadas para cada utente.

Na nossa actuação não podemos esquecer que as utentes que têm um bom suporte social, lidam melhor com a dor, tal como revela o estudo de Jamison e Virts, referido por Ribeiro (1998, p.366), “*os doentes que têm acesso a uma rede social suportiva e que cultivam lidam melhor com a dor, mas também de maneira mais adequada e adaptada*”. Não podemos esquecer este aspecto, facilitando o acompanhamento permanente do pai do bebé, ou da pessoa mais significativa para a futura mãe.

Assim, os “*cuidados são prodigalizados num sistema de troca, de serviços, de reciprocidade, de solidariedade, de entre ajuda*”, entre a pessoa que presta os cuidados e a que os recebe, aprendendo uns com os outros num enriquecimento mútuo (Collière 2003, p.74), como nos referem as expressões seguintes:

“...(a enfermeira rompeu-me o saco) porque achava que eu estava com contracções muito fortes e que não havia necessidade de eu estar ali a sofrer tanto tempo pois era preferível acelerar a situação (...) não me fizeram estar com dores por estar... (E₆)

“...acreditaram em mim quando disse que continuava com dores mesmo com epidural” (E₉)

“...foi muito complicado aquele tempo todo até à espera e só no final é que decidiram cesariana, isso pronto foi difícil de aguentar, mas tive sempre a companhia do marido apesar de ele não me acalmar nada, e ajuda das enfermeiras porque se não fossem elas eu acho que fugia” (E₁₅)

Como verificámos o desenvolvimento de uma relação com a pessoa que se cuida, ou seja, essa capacidade de se colocar no lugar do outro e de olhar o mundo pelos seus olhos, que Watson (2002) nos refere, conseguir aumentar quando a pessoa experienciou situações idênticas. Isto é confirmado pela enfermeira Parish (1994), ao referir que após um internamento, onde foi submetida a uma operação cirúrgica, passou a valorizar mais a importância da interacção com a utente e a sua participação no processo de cuidados (in José, 2002). Se acrescentarmos ao referido, que a maioria das enfermeiras já passaram pela situação de serem mães, poderemos compreender, o quanto é importante para as utentes, sentirem que têm perto de si alguém que as ajuda, que lhes permite ocupar um lugar próprio, revelando os cuidados de enfermagem o cuidado que se tem

com a outra pessoa, permitindo uma partilha entre o que recebe os cuidados e a enfermeira que os presta (Collière, 1989), de modo a “*ir ao encontro do outro, para fazer caminho com ele*” (Hesbeen 2000, p.112;113).

Na obstetrícia não podemos descurar o familiar e principalmente o pai do recém-nascido, pois os cuidados englobam ambos.

“...com o meu marido foi óptimo, e de vez em quando viam que ele estava nervoso mandavam-no lá para fora tomar um bocadinho de ar” (E₅)

“...o meu marido sentiu-se tão mal que esteve quase a desmaiar ...estava tão branco, as enfermeiras estavam preocupadas com ele que até lhe deram um copo com água, e foram até ao corredor com ele” (E₁₃)

Cuidar é o único objectivo de enfermagem, de modo a que cada um cresça no cuidar, de momento a momento, com a compreensão de que nos preocupamos com os outros.

“...estava sempre preocupada com os batimentos do bebé “ (E₉)

“...o de se preocuparem connosco, porque senão não tinha feito epidural e estava ali a sofrer sem necessidade nenhuma, foi maravilhoso tudo” (E₁₄)

“...[a enfermeira era] simpática mas muito preocupada” (...) preocuparam-se comigo” (E₁)

Preocupar-se é uma forma de viver a nossa humanidade, como afirma Roach (1984), todas as pessoas pelo facto de serem humanas se preocupam. Daí resulta, que nós enfermeiras nos preocupamos com a pessoa que cuidamos, num cuidar cuidado, sendo através dele que os seres humanos vivem o significado da sua própria vida (Waldow et al, 1995), proporcionado através de uma atmosfera de confiança, facilitadora de aprendizagem e crescimento.

“...deixei-me nas mãos dela, digam-me o que eu posso fazer para ajudar, este trabalho não é meu é vosso, vocês é que são especialistas” (E₆)

“...a confiança que nós temos nos profissionais é muito importante, se tivesse 20 filhos era aqui que eu vinha” (E₇)

Ser solidário com o outro, parece ser a característica principal da enfermagem, como nos refere Carvalho (1996) no seu estudo “Enfermagem e o Humanismo”, característica esta mais mencionada por todos os grupos considerados (docentes, enfermeiras e alunos), com uma percentagem de 83,3%. A enfermagem surge, como um bem para a humanidade ao preocupar-se com a saúde das pessoas.

Também no estudo realizado por Festas (1996), sobre alguns contributos para conceptualização do Cuidado de Enfermagem na Cultura Portuguesa, efectuado com pais das crianças internadas no hospital, refere-nos que a percepção dos cuidados de enfermagem se orienta em duas dimensões básicas, o fazer das enfermeiras e a forma como estes fazem aquilo que fazem (atributos). Esta forma, de ser e estar, que se manifestou durante a realização dos actos de enfermagem foram, o saber científico e técnico, o saber ser relacional e um saber ser solidário. Assim, os pais esperam que a enfermeira seja uma boa pessoa, carinhosa e meiga, que goste das crianças e daquilo que faz. Ser enfermeira é para estes pais, uma demonstração de qualidades humanas, que favorecem a confiança indispensável para o estabelecimento de uma relação terapêutica e colaboração mútua, resultando uma experiência que, sendo de um sofrimento partilhado com a enfermeira, termina numa experiência pessoal, que é sempre humanamente enriquecedora para ambos.

Sá (2001) no seu estudo sobre a “Comunicação em enfermagem componente expressiva da interacção enfermeira-doente, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto”, concluiu que as enfermeiras, de uma forma global têm uma tendência mais marcada para o fornecimento e questionamento de informação, sendo que a demonstração de solidariedade e ajuda adquire também uma importância crucial.

Solidariedade é, um “*sentimento de responsabilidade mútua entre várias pessoas ou vários grupos, implicando consciência e vontade (...). Tem um sentido moral, implicando a ideia de um dever, de uma obrigação recíproca e em sentido positivo designando uma interdependência, uma dependência recíproca de funções, de partes ou seres num todo estruturado*” (Birou 1978; in Carvalho 1996, p.177).

Pode-se inferir que a solidariedade, como uma ajuda ao outro, foi uma das categorias que as utentes referiram, como fazendo parte de um cuidado personalizado.

Também o Decreto-Lei n.104/98 de 21 de Abril que definiu o Código Deontológico dos Enfermeiros, privilegia e promove, objectivos e acções a empreender, sendo elas: a solidariedade, a equidade, a eficiência, a complementaridade, a competência profissional, a liberdade, a verdade e a justiça (artº: 78).

⇒ INTERVENÇÃO HUMOROSA

Descrevemos esta oitava categoria intervenção humorosa, como uma acção de enfermagem, que é partilhada com as utentes e que possibilita a estas, atingir maiores níveis de bem estar e lidar melhor com a situação que experienciam.

O humor possibilita à enfermeira ajudar a utente a aliviar a tensão, a libertar a raiva e a lidar com sentimentos dolorosos. O humor existe, desde sempre, no contexto dos cuidados de saúde, ele é utilizado, para quebrar o gelo e as barreiras sociais; reduzir o medo; aumentar a segurança; tornar o ambiente familiar; iniciar um sentimento de camaradagem; promover a solidariedade; reduzir o embaraço e o desconforto de profissionais e utentes em determinadas situações; quebrar rotinas; facilitar a expressão de sentimentos; fornecer à pessoa um sentido de controlo da sua situação, entre outros (José, 2002).

Quadro 8 – Intervenção Humorosa (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
INTERVENÇÃO HUMOROSA	. Dar uma graça para aliviar uma situação difícil	5
TOTAL		5

Foram cinco as utentes que se referiram a este cuidado de enfermagem, como podemos verificar pelo quadro acima.

Na realidade, o humor pode ser facilitador da relação já que, possibilita aos profissionais e utentes partilhar situações de grande importância. Assim, o ambiente de calma, segurança e descontração que as enfermeiras conseguem criar quando prestam cuidados de enfermagem, é significativo para as pessoas, que o souberam referir através das suas expressões:

“...mas aquelas dores...o meu marido estava ansiosissimo, saía e entrava imagino o que fumou...a enfermeira ainda comentou com ar de se meter com ele “Ó Sr^a Doutoura tem aqui um cliente para dar uma dose dessas, pois o marido está mais nervoso que a futura mãe”. Ainda nos rimos, mas foi por pouco tempo, sabe... para nós é tudo novidade é o nosso primeiro filho, foi tudo novo”. (E₁₃)

O humor possibilita à enfermeira ajudar a utente a aliviar a tensão, a libertar a raiva e a lidar com sentimentos dolorosos. De facto o humor tem um efeito muito positivo na saúde em geral, podendo mesmo reduzir o embaraço e o desconforto de profissionais e utentes em situações, como nos relatam as expressões seguintes:

“...sabe eu nem sentia que tinha a bexiga cheia não sentia nada, as pernas caíam-me, uma vez a enfermeira até me disse “isto é que é não pára de fazer chichi, parece que o soro está ligado directamente à bexiga”, foi uma risada completa”. (E₁₄)

“...e eu a fazer força para não fazer cocó e eu já não aguentava mais e a enfermeira disse-me, “tem vontade de fazer cocó...é mas é o bebé que quer nascer”. Lá comecei a fazer cocó e ainda me virei para ela, está a ver a porcaria que eu estou para aqui a fazer? E ela “à...não se atrapalhe que isto é normal”, mas eu sempre a rir-me para ela, estive sempre a rir-me, cheia de dores e sempre a rir-me... (E₁₂)

A utilização do humor é fundamental à vida humana, pois alivia as dores e o sofrimento acalma, descontraí e ajuda a passar o tempo.

“... (o enfermeiro) era muito brincalhão, nós para descontraír também gostamos de ouvir uma piada para passar o tempo” (E₁₁)

É assim uma importante estratégia de ajuda às pessoas, no entanto, deve ser utilizado num clima de respeito e após, estabelecida uma relação terapêutica com a pessoa que cuida, pois só desse modo, adequará a sua intervenção às necessidades desta.

O humor é sem dúvida uma forma de interacção que decorre num determinado contexto, influenciando-o e sendo influenciado por ele, sendo representativa dessa interacção a expressão seguinte:

“...quando a enfermeira me disse olhe o seu filho, mas já cá está? É que ainda tinha barriga muito grande. E a enfermeira disse-me, será que ainda tem aí outro? (E₁₁)

A boa disposição da enfermeira, o humor e a leveza do ambiente que criam quando prestam cuidados, são sentidos pelas utentes como algo que permite enfrentar a sua situação, de uma forma mais envolvente entre enfermeira e utente. Cuidadores e utentes têm assim necessidade dos efeitos terapêuticos do humor e, por conseguinte do riso (José, 2003).

Num estudo realizado por Lopes (1997) “Cuidar na Intimidade, Intimidade no Cuidar - sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção de vida”, os utentes apreciavam o humor, o ambiente alegre e as conversas banais sobre o quotidiano, permitindo-lhe sentir sentimentos de harmonia quando utilizam o humor nos cuidados, pois o seu bem-estar aumenta.

Também José (2002), estudou o humor nos cuidados e concluiu que as enfermeiras entendem, que o humor só deve ser utilizado por quem tiver aptidão para o fazer e que, as intervenções humorosas devem dirigir-se à pessoa e não á doença. No que respeita

aos utentes, estes referem que gostam de ser cuidados com humor, reconhecendo que este desempenha um papel importante nas suas vidas. Neste mesmo estudo, tanto a enfermeira como as utentes consideram que o humor tem enormes benefícios, nomeadamente; ajudar a viver; promover a relação; acalmar; atenuar a solidão, o sofrimento e as dores; desdramatizar a situação e assim promover o bem-estar.

⇒ **PROMOVER A RELAÇÃO PRECOCE**

É a nona e a última categoria deste estudo, e pode ser descrita como, a acção de enfermagem que visa a promoção de laços familiares aquando o nascimento, através de contactos físicos entre a mãe / recém-nascido / pai.

O parto é um momento no qual, vão desembocar muitas vivências da gravidez: expectativas, ansiedades, medos e apreensões. Todos os acontecimentos associados ao parto podem ter um efeito muito poderoso nos sentimentos da mãe em relação ao seu novo bebé (Northrup, 2003).

Quadro 9 – Promover a Relação Precoce (N=15)

CATEGORIA	CÓDIGO SUBSTANTIVO	F
PROMOVER A RELAÇÃO PRECOCE	. Colocar o bebé sobre a mãe	5
	. Mostrar por um instante	3
	. Mostrar ao pai	2
	. Colocar a mamar	1
TOTAL		11

Pelo quadro anterior, verificamos que esta relação precoce é estabelecida aquando o nascimento através do olhar, do toque e do aleitamento materno.

No entanto, todo este processo de se afeiçoar a um bebé começa muito antes do próprio parto, sendo através deste, que é possível estabelecer uma relação extra-uterina com o bebé, dando assim continuidade a um processo de vinculação que, se teria iniciado

segundo Sá (1997), com o bebé fantasmático, depois com o bebé imaginário e agora com o bebé real, confirmando essa fantasia ou transcendendo essa imagem convertendo-a em real.

“...puseram-mo logo sobre mim” (E₇)

“...colocaram-me o bebé ao colo (...) sem dúvida que são momentos inexplicáveis” (E₁₄)

O primeiro contacto do bebé com a mãe, o contacto corporal, proporciona-lhe um estado de conforto e segurança. Este contacto precoce é tão necessário á mãe como ao filho, para ambos estabelecerem desde cedo uma boa relação recíproca, condição indispensável para o desenvolvimento adequado da criança, o corpo da mãe é após o nascimento um meio de comunicação para o recém-nascido (Sá, 1997).

Também Figs (2001), refere que o primeiro contacto visual com o filho é a recordação mais importante e duradoura.

“...estava tão roxinho, mas é tão bonito é meu” (E₁₄)

A mãe ao segurar o bebé contra a sua pele, sabe que o bebé é seu e que necessita de olhar para ele, de falar com ele, de lhe tocar, de acariciar para ficar com a primeira imagem real do seu filho, que ela não vai esquecer e que vai perdurar para toda a vida.

Também o nascimento do bebé é carregado de grande significado para o pai da criança, como testemunha da grandeza do momento.

“...colocaram-me o bebé em cima de mim, aquele contacto foi..., o meu marido até chorou” (E₁₃)

Este cuidado reveste-se de enorme significado tanto para a mãe como para o pai, pois quando questionadas sobre o que gostaram mais durante o trabalho de parto, muitas das utentes referenciaram que foi o nascimento, de o terem visto, de o terem tocado, pois como afirma uma utente, *“...são momentos inesquecíveis”*, que vão perdurar para toda a

vida. Quantas de nós, não ouvimos ainda hoje, os relatos das nossas mães tão pormenorizados, como se tivessem acontecido há momentos, cheios de intenso sentimento.

Numa pesquisa realizada por Klaus e Kennell referenciados por Northrup (2003) sobre a ligação mãe – filho – pai, mostrou que as mães cujos filhos ficaram com eles logo a seguir ao nascimento se ligam melhor e estão mais atentas às necessidades destes, do que aquelas cujos filhos são levados para berçários.

Existem situações em que não é possível colocar o bebé ao colo, principalmente, quando este precisa de cuidados técnicos imediatos, mas logo que esteja estabilizado, é possível nem que mais não seja, tocar com os olhos, como nos refere a expressão:

“...a enfermeira mo ter mostrado quando ia na incubadora, foi num instante mas deu para ver” (E₁₂)

Outra das acções que promove o estabelecimento de um forte vínculo afectivo é proporcionar a primeira mamada ainda na sala de partos proporcionando ao bebé, entrar com o pé direito na vida (Figes, 2001). Também Galvão (2001, p.327), nos refere que se deve *“promover a mamada meia hora após o parto”*, permitindo criar uma relação privilegiada entre mãe e filho.

“...no final colocaram-me o bebé a mamar enquanto não me vinham buscar” (E₁₄)

Apesar das enfermeiras terem conhecimento que a primeira mamada se deve iniciar o mais precocemente possível, questionamo-nos do porquê, de apenas uma senhora referenciar que lhe foi colocado o bebé á mama? Será que o pouco tempo que as utentes estão na sala de partos após o parto, não seja possível colocar o bebé á mama? Acharam as enfermeiras que não é oportuno iniciar a mamada ainda na sala de partos? Ou será que as utentes apesar de lhe ter sido colocado não o evidenciaram nos seus relatos?

Ousaria aqui fortalecer e afirmar, o que cada um de nós pode ao cuidar, trazer de insubstituível, àquela pessoa, que dá à luz, que desperta para uma nova realidade a de ser mãe, o quanto é importante sentir-se cuidada.

Mas, será que as enfermeiras têm a mesma concepção dos cuidados?

Num estudo realizado em simultâneo por uma colega do mestrado Fernandes (2004), mas na vertente da enfermeira esta encontrou nos seus relatos categorias idênticas às do nosso estudo: executar, observar, informar, promover a relação precoce, mostrar afecto, confortar, estar disponível, estar solidário e outras como ter simplicidade, acolher e possibilitar. O que nos leva a pensar que o cuidado tem o mesmo significado, tanto para a utente como para as enfermeiras. No entanto é de realçar, a categoria encontrada por nós intervenção humorosa, a qual não foi identificada pelas enfermeiras como fazendo parte do cuidado de enfermagem. Dado que o humor ajuda a lidar com os constrangimentos da vida, e que são os profissionais de enfermagem que mais lidam com a tensão, sofrimento, perda, dor e até o medo, e que este é importante no contexto dos cuidados, não percebemos o porquê de as enfermeiras da sala de partos, não o evidenciarem nos seus relatos, levando-nos a colocar algumas questões: Estão as enfermeiras suficientemente despertas para a importância da sua intervenção nos cuidados? Ou será que não o referem porque não lhes dão importância?

Resta-nos e porque é importante faze-lo, fundamentar a escolha do tema. O tema central da investigação resulta segundo Srauss & Corbin (1998), de uma integração das categorias emergentes, sendo este uma abstracção, que tem por base o produto da totalidade das análises condensado em algumas palavras (in Lopes, 2003). Assim o tema principal, tem a capacidade de aglutinar as diferentes categorias, de modo a formar um todo com capacidade explicativa, e desta forma, todas as categorias se relacionam com ele.

Chegar ao tema principal não foi um processo fácil, mas as questões que fomos levantando, ao longo do estudo permitiu-nos encontrar um tema central – *Acompanhar a pessoa a ultrapassar...momentos difíceis*, que é o elo de ligação, entre as diferentes categorias e que traduz, como as utentes identificam o cuidado de enfermagem.

A forma como as utentes se manifestam nas diferentes fases do trabalho de parto, relativamente á actuação da enfermeira na influência dessa vivência, ao nível do tema referenciado, encontra-se expressa nos termos incluídos que exemplificamos:

“... estavam sempre ali a acompanharem-me, são umas horas difíceis (...) ainda tive um bocado em que tive dores fortes, mas tive de aguentar pois a minha mãe também aguentou, é um sacrifício que cada um faz. Estive uma horita a sofrer, Graças a Deus foi normal (...) quando saiu cá para fora desapareceram as dores todas, foi muito bom, (...) não sei explicar quero repetir” (E₅)

“... o meu marido foi embora, pois achávamos que ia demorar muito (...) e eu fiquei um bocadinho deprimida relativamente a isso (...) as enfermeiras aperceberam-se disso e foram incansáveis, qualquer uma delas, andavam sempre em volta de mim, foram incansáveis nunca me deixaram sozinha (...) este parto foi mais doloroso do que o outro, foi uma hora difícil (...) mas uma pessoa esquece e acabou, ainda me custou mais o facto do meu marido não estar pois era sempre mais um ombro amigo que eu tinha (...) mas as enfermeiras foram incansáveis comigo, estiveram sempre ao pé de mim” (E₈)

“...estiveram sempre ao pé de mim nunca me abandonaram (...) eu gritei, não gritei, se controlei bem a respiração, não faço a mínima ideia, se fiz o que mandaram, se fiz força se não fiz, não me lembro absolutamente de nada ... aqueles momentos hum ... aqueles momentos difíceis, a única coisa que me lembro era que pensava que já tinha expulsado tudo (...) só tinha ainda saído a cabeça, foi aí que eu senti esse alívio a arrastar-se” (E₁)

“... nunca me deixaram sozinha (...) tentaram sempre fazer o melhor são umas horas apertadas e eu não sabia o que era, pois tinha tido o outro de cesariana, não tive dores nenhuma, (...) agora este custou um bocadinho (...) foram umas dores, dores fortes, assim que ele saiu, eu fiquei aliviada” (E₃)

O cuidado de enfermagem é este encontro entre duas pessoas (Hesbeen, 2000; 2001; 2004; Benner, 2001; Watson, 2002), num caminhar com o outro, onde emerge beleza e arte, num contacto humano a humano, num movimento de ir ao encontro do outro num

“*caminho que é seu*” (Hesbeen 2001, p11). É esta capacidade de caminhar com o outro, de modo a acompanhá-la, procurando sempre ajustar os saberes à situação da vida daquela pessoa única, que reside a maravilhosa e complexidade do cuidado de enfermagem.

Também Collière (2003, p.440) nos refere que cuidar é “*acompanhar as grandes passagens da vida...os momentos difíceis*”, isto exige reencontrar a sabedoria, a ciência e a arte, num caminho de saberes alimentado de criatividade, de emoções e sentimentos, provenientes de “*um acto único de criação*” (Hesbeen 2000, p.99), inscritos num projecto de cuidados, que seja significativo tanto para a utente como para a enfermeira.

Como referimos são vários as teóricas que referem que o cuidado de enfermagem é acompanhar o outro (Collière, 1989; 2003; Hesbeen, 2000; 2001; 2004), também Parse (2001) nos refere, que o cuidado de enfermagem deve traduzir-se num acompanhamento, em que se vai fazendo a sua actualização, através de uma presença autêntica, de modo a facilitar ao outro a manifestação do sentido ou do significado que a pessoa dá á sua experiência. E acrescenta a autora, que a enfermeira é assim, uma especialista em estar com os outros (in Fawcett, 2001).

É esta forma de ser e estar na enfermagem que implica a utilização de conhecimentos, habilidades de saber ser, a intuição e a estética com a finalidade de acompanhar a pessoa numa situação particular. Não se trata somente de dar sentido a cada acto, mas sim, de os englobar com movimento, palavras, afecto, partilha, presença, preocupação, toque, conforto, humor, técnicas, vigilância... numa atenção particular (Hesbeen, 2000; 2001; 2004), que façam sentido para a futura mãe. Assim o cuidado de enfermagem na perspectiva da utente, revela-nos a qualidade da vivência, consistindo num acompanhamento de forma holística.

Por tudo isto, os “*cuidados sempre envolveram e acompanharam as grandes passagens da vida: o nascimento é o ponto de partida de todos os cuidados*” (Collière 2003, p.118), é necessário, portanto aprendermos a caminhar para o desconhecido do outro, de modo a dar-mos sentido, orientação, para ultrapassar momentos difíceis, tão carregados de emoções, como é o trabalho de parto.

IV CAPÍTULO
DO CAMINHO PERCORRIDO

1 - AS CONCLUSÕES

Em pleno início de um novo século, após uma longa caminhada, nós enfermeiras estamos cada vez mais mobilizadas para o desenvolvimento da profissão para o crescimento do seu conhecimento e assim, encontrarmos a chave capaz de accionar de uma forma clara a essência da profissão e disciplina de enfermagem.

Para que isso seja possível, é importante gerar conhecimento científico, nas diferentes áreas de enfermagem que ajudem, a esta clarificação, sendo necessário centrar a investigação de enfermagem na prática de cuidados, de modo a captar a essência da realidade e que produza conhecimento (De La Cuesta, 1999), para isso é importante a sua abertura ao mundo (Collière, 2003).

Foi neste sentido que iniciámos este estudo, partindo da preocupação de desocultar os cuidados de enfermagem, de os tornar visíveis, respondendo assim à nossa questão de investigação, que orientou toda a nossa pesquisa, ao descobrir como caracterizam os cuidados de enfermagem as utentes numa sala de partos.

Ao abordarmos esta problemática complexa que são os cuidados de enfermagem, que segundo Collière (1989), se singularizam em cada cultura, em cada sistema socio-económico e em cada situação, foi possível desenvolver um conhecimento sistematizado que permitiu obter alguns contributos para a construção de uma conceptualização dos cuidados de enfermagem. Os relatos das vivências de ser cuidada revelam, o que as enfermeiras fazem por cada utente, família e, em última análise pela sociedade (Spear, 2003). Além disso, estes relatos incorporam a riqueza do exercício, e servem para tornar visíveis as práticas de enfermagem (Gordon e Buresh, 2004), ao identificar e preservar o cuidado humano.

Assim estamos convictas, que ao questionarmos a prática através daqueles que receberam os cuidados, nos apropriamos de uma parte importante da realidade dos cuidados, pois as diferentes categorias encontradas evidenciam o quanto é importante para aquela pessoa ser cuidada, no entanto são necessários outros estudos, noutros

contextos de trabalho e em diferentes momentos, para podermos encontrar segundo Silva (1998), as rupturas e continuidades do seu significado.

Ao terminarmos, pretendemos de uma forma sistematizada referir as conclusões do estudo realizado, fazer a avaliação do processo desenvolvido e apontar possíveis linhas de estudo.

A pesquisa bibliográfica efectuada foi para nós enriquecedora, levou-nos a reflectir sobre a complexidade da natureza dos cuidados de enfermagem. Através dela tomámos conhecimento do grande esforço que tem sido feito para a teorização dos cuidados. Mas a prática de cuidados também é geradora de teorias, teorias essas que determinam como se processa todo o cuidado em contexto real, especificando situações da prática nas quais certas acções acontecem e têm determinados resultados.

Da análise do discurso das utentes e da descrição que fazem da sua vivência, permitiu-nos identificar nove categorias – *Executar; Observar; Informar; Estar disponível; Confortar; Mostrar afecto; Estar solidário; Intervenção humorosa e Promover a relação precoce*, as quais se configuram nos cuidados de enfermagem. Estas categorias foram englobadas num tema central que foi: acompanhar a pessoa a ultrapassar...momentos difíceis, que traduz o significado contextual que estas utentes atribuem aos cuidados de enfermagem.

➡ **Executar** - As participantes deste estudo, referiram-se a esta categoria, como o conjunto de acções que consistem em desempenhar determinadas tarefas técnicas, entre elas: administração de terapêutica, colheita de espécimes para análises laboratoriais, colocação do registo cardiotocográfico, amniotomia, fazer o parto e cuidados ao recém-nascido. Este saber fazer com conhecimento, foi evidenciado pelas utentes, num contexto de cuidados, onde a relação esteve sempre presente. Também Watson (1998) na sua teoria do cuidado humano, enfatiza esta dimensão do cuidado com conhecimentos e habilidades técnicas, mas sempre envolvida numa relação afectiva, pois só neste sentido é que a enfermagem encontra as condições para o cuidar.

➡ **Observar** – Esta categoria foi subdividida em duas subcategorias: *avaliar* e *vigiar*. Assim nos seus discursos identificámos os cuidados que são prestados pela enfermeira no que se refere à avaliação das características do colo e avaliação dos sinais vitais, bem como a uma vigilância constante do registo cardiotocográfico, despistando complicações tanto para o bebé como para a utente. É uma função específica da

enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica, pelo que deve assumi-la com toda a responsabilidade.

➡ **Informar** - Esta categoria encontrada nos discursos das utentes foi subdividida em duas subcategorias: *ensinar* e *explicar*. Foi definida como a acção de enfermagem, que consiste em ensinar técnicas de respiração, dependendo das fases do trabalho de parto e informações sobre os procedimentos efectuados de modo a tornar compreensível todo o processo dos cuidados de enfermagem.

Kèrouac et al (1996) salientam que o utente é um parceiro de cuidados tendo a enfermeira um papel de ajuda na clarificação das suas dúvidas, para com ela escolher o melhor caminho. As utentes deste estudo referiram este cuidado, muito importante, pois, só assim puderam compreender todo o desenrolar do trabalho de parto.

➡ **Estar disponível** - Foi expressa em termos de acções de enfermagem que demonstraram disponibilidade, presença e escuta. Este estar disponível, mostrou-se muito evidente nos discursos das utentes, como sendo essencial para se cuidar do outro. Pois só estando disponível é que é possível, viver momentos especiais e de grande proximidade com a pessoa e assim acompanhá-la no seu percurso (Hesbeen, 2001).

➡ **Confortar** - Foi descrita como um conjunto de acções de enfermagem que permitem à utente bem estar, traduzido por conforto físico, ajuda, apoio e palavras, de modo a ultrapassar momentos de maior emoção e tensão. Esta categoria foi expressa pelas utentes como importante para se sentirem cuidadas.

➡ **Mostrar afecto** - Foi expressa através de acções de enfermagem que visam mostrar ternura através do toque, do carinho e da simpatia. Como podemos verificar, são acções nem sofisticadas, nem espectaculares, mas revelam a atenção, a preocupação que a utente necessita, e que são indispensáveis ao seu bem estar. Esta expressividade apela a formas pessoais e estéticas do conhecimento de enfermagem.

Esta dimensão do cuidado levou alguns autores Ray (1981), Griffin (1983) e Jacono (1993), até mesmo a reduzirem o cuidado às formas afectivas como nos refere Silva (1998).

➡ **Estar solidário** - Expressou-se nos discursos das utentes como a acção de enfermagem caracterizada por uma partilha entre a enfermeira e a utente, com o objectivo de ajudar a ultrapassar as suas dificuldades e medos. Este cuidado solidário através de uma partilha de conhecimentos e sentimentos, leva a uma aproximação mais

autentica e verdadeira entre enfermeira e utente, proporcionando maior satisfação às pessoas e uma maior valorização da vida (Bettinelli, 1998).

➡ **Intervenção humorosa nos cuidados** - Que permite através de acções tornar menos complicada uma determinada situação. Actualmente os profissionais e as utentes utilizam o humor como uma habilidade de comunicação (Bellert, 1989; in Silva 1998), e como um instrumento que promova o bem estar no momento. Neste estudo podemos compreender que a utilização do humor nos cuidados está, relacionada com a pessoa da enfermeira e da utente.

➡ **Promover a relação precoce** – Foi a última categoria encontrada, expressando-se por acções de enfermagem que promovam precocemente os laços familiares como seja o colocar o bebé sobre a mãe, mostrar ao pai e colocar a mamar. Esta categoria é sem dúvida específica desta área de cuidados.

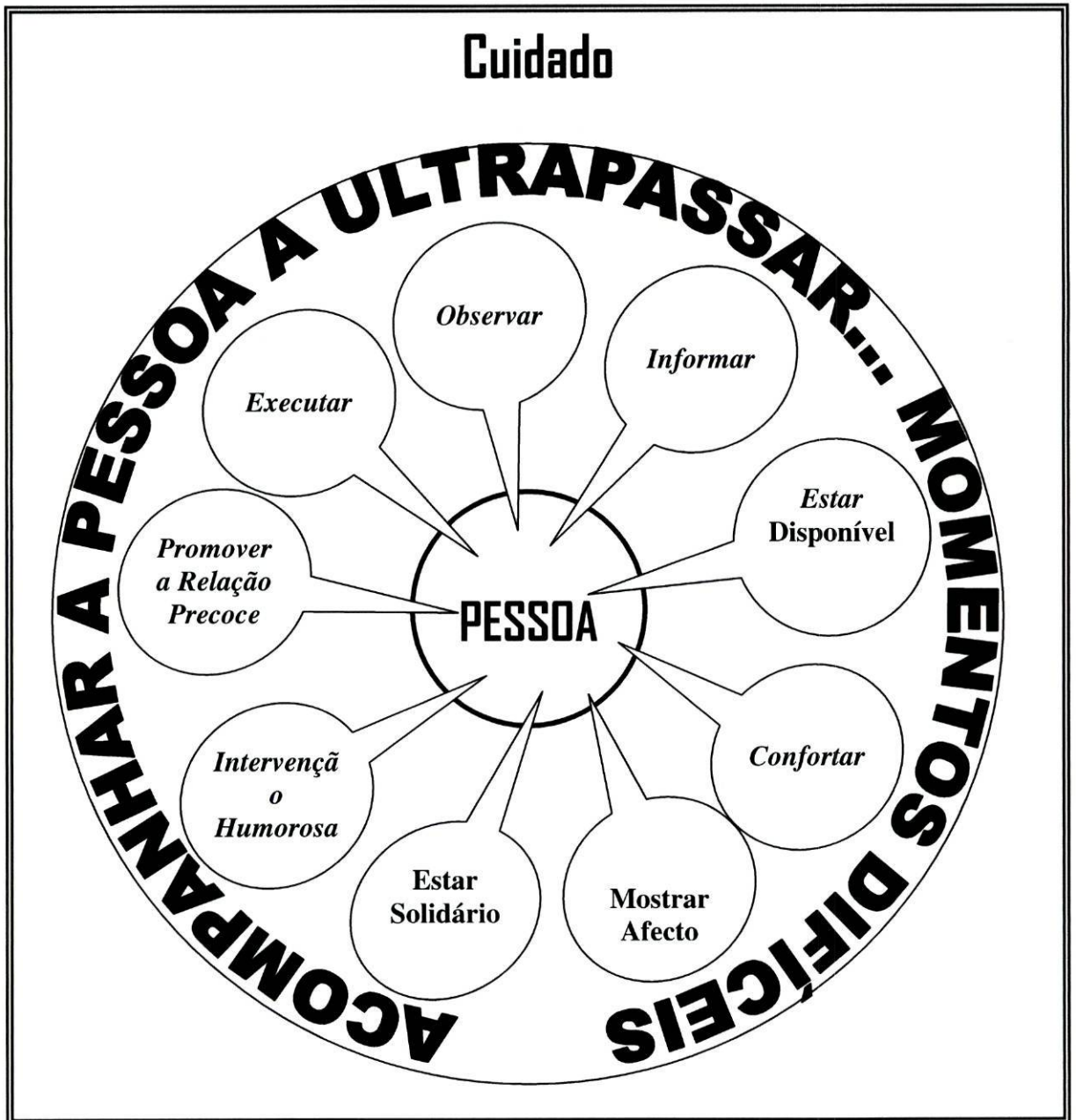
Estas categorias revelaram-se no discurso das utentes, em interligação umas com as outras, demonstrando o cuidado que se tem com aquela pessoa, pois como nos refere Anne Goodrich, “*a enfermagem impregna os actos simples com importância*”, onde o cuidar está presente, de modo a tornar mais fácil uma situação que apesar de bela, por vezes se torna difícil (in Watson 2002, p.28).

Após este caminho árduo, sem dúvida que a enfermeira pode marcar a diferença na vida das pessoas, dando sentido às suas experiências e às suas vidas. Às vezes, o cuidado é invisível, porque preocupar-se com alguém, reforçar a sua capacidade, ajudá-la, apoiá-la, estar disponível, tocá-la, partilhar com ela sentimentos, vigiá-la durante todo o tempo, ou seja acompanhá-la no seu caminho, são cuidados invisíveis, que só mesmo as utentes lhes poderão dar valor e clarificá-los, pois como nos diz Saint Exupéry (1962, p.72), “*on ne voit bien qu`avec le coeur. L`essentiel est invisible pour les yeux*”.

O cuidado emerge aqui como um fenómeno complexo, configurando-se como uma teia de acções interligadas, onde as multivariadas pequenas coisas estão presentes tornando-se aos olhos destas utentes visíveis e importantes.

Assim, os cuidados de enfermagem centrados na pessoa constituem um quadro conceptual, que pode ser representado pela figura 2.

Figura 2 – Uma conceptualização dos Cuidados de Enfermagem



Das diferentes categorias encontradas no estudo, emergiu um tema central que definiu os cuidados de enfermagem para estas utentes; acompanhar a pessoa a ultrapassar...momentos difíceis, como nos refere a expressão seguinte:

“...bem, foi muito diferente do primeiro, para melhor. Aqui nós estamos acompanhadas, não nos deixam sozinhas (..) aqueles momentos são muito difíceis”
(E₁₂)

Acompanhar é ver além do visível é ousar ir mais longe, é como nos refere Mayeroff, possibilitar ao outro a realização e é através dela, que os seres humanos vivem o significado da sua própria vida (in Waldow et al, 1995). Cuidar é um acompanhamento, o qual não se encontra totalmente definido, mas incerto, e ao descobrir-se em cada momento, expressa, o “*fermento da vida*”, que é necessário ao mundo e á sua perenidade (Hesbeen 2004, p.7).

O profissionalismo de enfermagem está nesta subtileza e nesta capacidade de acompanhar o outro (Hesbeen, 2000; 2001), sendo um dos aspectos mais difíceis da prática de cuidados e conseqüentemente da sua pouca visibilidade.

Com a identificação e compreensão dos diferentes significados, atribuídos ao cuidado de enfermagem, impõe-se uma reflexão conjunta, de forma, a que tal como defende Collière (1989; 2003), Hesbeen (2000; 2001; 2004) e Watson (2002), é através de novos conhecimentos, comportamentos e atitudes que se contribui para um cuidado personalizado, e assim, as nossas práticas de cuidados poderão vir a ser significativamente diferentes, mais ajustadas e com maior potencial de êxito em termos de resultados e maior satisfação profissional, contribuindo para a excelência do exercício profissional.

Numa análise final, o cuidar, à luz daqueles a quem cuidamos, transforma os nossos actos e gestos, numa miríade de sons e melodias que aprazivelmente têm o dom, de se fazerem escutar no âmago do seu ser, poderíamos assim afirmar o que é importante na prática de enfermagem presente e no futuro.

2 – AS SUGESTÕES

Com a entrada do novo milénio, a profissão de enfermagem, mantém o seu ideal, o de “cuidar” da pessoa que dela necessita. Porém, precisa de continuar a questionar a sua prática, de modo a contribuir para uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem, respondendo assim, aos desafios das novas tecnologias e das sociedades actuais.

Das conclusões deste estudo, ressaltam alguns tipos de sugestões, que a seguir se agrupam, ao nível do ensino, da prática e da investigação de enfermagem destacando-se a sugestão de dar continuidade a este estudo noutros contextos profissionais.

➔ AO NÍVEL DO ENSINO

Atendendo que é o cuidar que determina a qualidade dos cuidados de enfermagem, questionamo-nos, se a formação em enfermagem, forma profissionais para uma profissão de «cuidar»? E como ajudar o aluno a apropriar-se desses conhecimentos?

Pensamos que através da implementação de unidades curriculares, que ao longo de todo o curso acentuem a sua tónica na perspectiva do cuidar, vá ao encontro das necessidades de formação do aluno. No entanto será importante privilegiar reflexões, que estimulem o aluno a conhecer-se e desenvolver-se durante o processo de formação e ao longo da sua vida (Ferreira, 2002).

E porque é importante cuidar do outro, sem dúvida que é a figura do professor que pelas suas atitudes, actividades, palavras e actos, criam as condições necessárias para este conhecimento indispensável ao aluno, e assim este os possa incorporar e transmitir para a sua prática. No nosso entender o processo de ensino aprendizagem, deverá ser orientado numa relação mútua entre aluno e professor, que acentue o desenvolvimento de valores humanísticos dos intervenientes. Durante todo este processo, a reflexão e

partilha de experiências, deve ser incentivada, para que faça sentir o efeito do cuidar do outro, e o que ele também contribui para nós profissionais do cuidar.

Promover reflexões sobre situações de prestação de cuidados entre docentes, alunos e enfermeiras da prática, no sentido de determinar as suas reais necessidades de formação teórico-prático, com a finalidade de melhorar as suas capacidades de ser enfermeira.

Só através de uma relação pedagógica única, a futura enfermeira, poderá ela também encontrar disponibilidade para o outro.

➔ AO NÍVEL DAS PRÁTICAS

Os dados encontrados neste estudo, reflectem a existência de uma prática, onde o cuidar está presente, no entanto é necessário continuar a exercer esta profissão que vá ao encontro da utente de modo a acompanhá-la num caminho que é seu. Devemos para isso, assumir o cuidar como o domínio central do conhecimento e da prática de enfermagem.

É importante como inferimos deste estudo, um contacto mais próximo junto da pessoa e dos seus familiares, informando e esclarecendo dúvidas. Assumir o papel de “advogada da utente”, esta verá a enfermeira, como sua defensora na resolução dos seus problemas de saúde e assim, os cuidados aos poucos vão-se tornando visíveis e demonstrando a sua natureza.

No entanto, pensamos que é necessário repensar a formação em serviço, que esta promova a reflexão crítica, de modo, a partilhar experiências, por forma a que a enfermeira seja capaz de diferenciar entre “o que faz”, com, “o que deve fazer” e “porque o faz”.

Divulgar os cuidados de enfermagem utilizando estratégias de marketing disponíveis e os média (Basto et al, 2000), criando espaços (congressos, jornadas e debates) onde se possa fazer caminho em conjunto, reflectir e partilhar conhecimentos com aquela a quem cuidados, podemos então identificar os cuidados de enfermagem. E porque é importante sabermos que os cuidados estão a ir ao encontro daqueles que deles necessitam, deve-se fazer uma monitorização constante dos mesmos.

Pensamos ser necessário implementar a consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, nos Centros de Saúde e nas consultas externas das maternidades onde ainda não exista, de modo a fornecer conhecimentos que as utentes necessitam, não só a nível da evolução da gravidez, aspectos físicos e psicológicos, como de todo o processo do trabalho de parto, bem como informações sobre os primeiros cuidados ao recém-nascido, e assim tornar visível o cuidado que as enfermeiras prestam para a promoção da saúde daquela pessoa.

➔ AO NÍVEL DA INVESTIGAÇÃO

É necessário dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, nos seus diferentes contextos de trabalho, fazendo-os sair da “*clandestinidade e invisibilidade*” (Basto e Magão 2001, p.6), através das experiências de quem cuida e de quem é cuidado, utilizando a investigação qualitativa, que conduza por um lado a uma melhoria dos cuidados e por outro, a um estatuto que dignifique a profissão (Hesbeen, 2000).

Que o que aqui se gerou de conhecimentos chegue a outras colegas, através da divulgação deste estudo, e assim, contribuir para expandir conhecimento sobre as experiências humanas de ser cuidado.

Pensamos que é necessário criar um espaço em termos nacionais, daquilo que fazemos entre quatro paredes, o que desenvolvemos na procura da excelência profissional. Importa pois, que os conhecimentos de enfermagem documentados ultrapassem a fronteira do meio profissional e contribuam para enriquecer o património do conhecimento do homem (Collière, 1989). Estas publicações não têm sentido se não desencadearem acção, o que pressupõe que estejam acessíveis nos locais da prática profissional e que sejam utilizadas como instrumento de trabalho, que alimentem a reflexão e que se tornem mais expressão da prática de cuidados.

Outras sugestões poderão surgir da leitura deste estudo, no entanto todos juntos contribuámos para dar mais visibilidade aos cuidados de enfermagem, ao investigar a prática através dos cuidadores e dos utilizadores de cuidados, noutras unidades de cuidados. Será que noutros contextos o cuidado é vivenciado da mesma maneira como

foi neste estudo? Terá a ver com a concepção dos cuidados de enfermagem, por parte da enfermeira? Ou terá a ver com a situação do utente? Ou com a própria organização?

Ficam lançadas algumas questões, propostos desafios, que podem constituir o ponto de partida para o aprofundamento da complexidade que são os cuidados de enfermagem.

Há na realidade Portuguesa uma necessidade, de estudos sobre o cuidado de enfermagem, nos diferentes contextos hospitalares, de modo abrir caminho para, tornar visível o trabalho das enfermeiras, *“até que isto aconteça, o cuidado permanecerá um termo nebuloso, aberto às mais variadas interpretações”* (Leininger 1978; in Silva 1998, p.238)

BIBLIOGRAFIA

ADAM, Evelyn – *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

ALMEIDA, A. M. F. G.– *Metodologia de investigação em ciências de educação – Questões epistemológicas*. VII Colloque National de Aipilf/Afinse. Texto dactilografado, secção de Ciências de Educação – Faculdade de Ciências e Tecnologia/Universidade Nova de Lisboa, 2000.

ALVES, F. – *Satisfação dos utentes transplantados renais da consulta externa do Hospital de Santa Cruz face aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa:1992 Dissertação apresentada á Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem.

ANDRÉ , C.; CUNHA, M. C. M. – *Empatia como fio condutor do cuidar em enfermagem*. Servir. Lisboa. 49:1 (2001), p.129-135.

BARBOSA, C. M. – *Que Cuidados de enfermagem? Contributos para uma conceptualização dos cuidados de enfermagem na cultura portuguesa*. Porto: s.e.,1996 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

BASTO, M. L. –*Enfermagem em contexto de mudança*. Pensar Enfermagem. Lisboa. 4:2 (2000), p.27-29.

BASTO, M. L.; MAGÃO, M. T. – *Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação*. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. 4 (2001), p.3-11.

BASTO, M.L. – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.

BASTO, M.L.[et al] – *Contributo da enfermagem para a promoção de saúde da população*. Lisboa, 2000.

BENNER, P. – *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001.

BENNER, P. – *Os papeis da incorporação, emoção e vivência para a racionalidade e acção na prática de enfermagem*. Nursing Philosophy. Julho (2000), p.1-21 (apontamentos fornecidos nas aulas do mestrado).

- BENTO, M. C. – *Cuidados e formação em enfermagem que identidade?*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda, 1997.
- BERNARDO, Frei – *Afectos e aprendizagem ou o prazer e o prazer e o dever na arte do respeito por si e pelos outros*. Servir. Lisboa. 51:5 (2003), p.210-213.
- BETHEA, D. C. – *Enfermagem materna infantil*. México: Interamericana, 1977.
- BETTINELLI, L.A (1998) – *Cuidado solidário / Solidarity care*, [em linha] <http://www.google.pt//file://A:/Enfermagem%201.htm> (28-10-2003).
- BISCAIA, J. – *Nascer no hospital*. Servir. Lisboa. 50:2 (2002), p.69- 74.
- BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. – *Investigação qualitativa em educação uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, Lda, 1994.
- BONADIO, I.C. – “*Ser tratada como gente*”: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. Revista da Escola de Enfermagem USP. Brasília. 32:1 (1998), p.9-15.
- BRUNER, J. – *Actos de significado : para uma psicologia cultural*. Lisboa: Edições 70,1997.
- CAPINHA, M. F. M. D. – *Alterações psicossomáticas no pai durante o último trimestre da gravidez*. Revista Referência. Coimbra. 2:3 (1999), p.21-26.
- CARLOS, M.B. – *Cuidar em enfermagem. Uma dimensão do futuro*. Sinais Vitais. Coimbra. 11:3 (1997), p.42-45.
- CARMO, H.; FERREIRA, M.M. –*Metodologia da investigação. Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta,1998.
- CARVALHO, M.M.M.– *A enfermagem e o humanismo*. Loures: Lusociência, 1996.
- CHALIFOUR, J. – *La relation d’aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Quèbec : Gaëtan Marin Editeur, 1989.
- COLLIÈRE, M. F. – *Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros*. Revista Rol de Enfermería. Madrid. 22:1 (1999), p. 27-31.
- COLLIÈRE, M. F. – *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2003.
- COLLIÈRE, M. F. – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 1ª tiragem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – CIPE/ CNP. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, Versão Beta, 2000.
- CORREIA, M. J.- *Sobre a maternidade*. *Análise Psicológica*. 3:16 (1998), p. 365-371.
- COSTA, J. S. – *Método e percepção do cuidar em enfermagem*. Porto: s.e.,1999
Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- COUTINHO, E. C. – *Uma perspectiva cultural de cuidar no parto*. Porto: s.e.,2000
Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- DE LA CUESTA, C. – *Contribución de la investigación cualitativa al campo de la salud*. *Sinais Vitais*. Coimbra .27:11 (1999), p.33-35.
- DE LA CUESTA, C. – *Investigación cualitativa en el campo de la salud*. *Rol de Enfermería*. Madrid 232 (1997), p.13-16.
- DE LA CUESTA, C. – *Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia*. Editorial Universidad de Antioquia, 2002.
- DESHAIES, B. – *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LINGUA PORTUGUESA – 6ª ed. Lisboa: Texto Editora Lda., 2002.
- ENGEBRETSON, J. – *A multiparadigm approach to nursing*. *Advanced Nursing Sciences*, Aspen Publishers, 20:1 (1997), p.21-33.
- FAWCETT, J. – *The nurse theorists: 21st –century updates – Rosemarie Rizzo Parse*. *Nursing Science Quarterly*. 14: 2 (2001), p.126-131.
- FERNANDES, H. I. V. M. – *Da competência em enfermagem pediátrica: contextos e saberes*. Porto: s.e.,1996
Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- FERNANDES, M. C.; VIEIRA, M. C. C. – *A Cliente e o acolhimento realizado pelos enfermeiros na sala de partos*. *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*. Coimbra. 2:12 (2000), p.71-74.
- FERREIRA, M. M.C. – *O relacionamento interpessoal – um instrumento básico em enfermagem*. *Servir*. Lisboa. 49:1 (2001), p.8-11.

- FERREIRA, O. M. – *Cuidar da pessoa com dor. Como percebem os doentes que vivem uma experiência de dor, os cuidados de Enfermagem que recebem*. Porto: s.e.,2002 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- FESTAS, C.– *Que Cuidados de enfermagem?...contributos para a conceptualização do cuidado de enfermagem*. Porto s.e.,1996 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- FIGES, K. – *A Mulher e a maternidade*. Lisboa: Presença, 2001.
- FIGUEIREDO, N. M. A. [et al]- *A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque*. In WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. – *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional* – Porto: Artes Médicas, 1995.
- FLEISSIG, A. – *Are women given enough information by staff during labour and delivery?* Midwifery, 9 (1993) , p.70-75.
- FORTIN, M. F. – *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- FREDRIKSSON, L. – *Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening*. Journal of advance nursing. 30:5 (1999), p.1167-1170.
- GALHANAS, C. – *O amor na génese da relação terapêutica*. Servir. Lisboa. 45:4 (1997), p.194-197.
- GALVÃO, D. M. P. G.– *Acompanhamento da implementação das orientações da OMS sobre amamentação num hospital amigo do bebé. A perspectiva da mãe. Repercussões na manutenção da amamentação aos três meses de vida*. Coimbra, 2001 Apresentada á Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.
- GAMEIRO, M. G. H. – *O Sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem* Referência. Coimbra. 0 (1998), p.5-11.
- GÉRARD, J.L., ABDELMALEK, A. A. – *Ciências humanas e cuidados de saúde. Manual para profissionais de saúde*. Lisboa: Interèditions, 1995.
- GIL, A. C. – *Métodos e técnicas de pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Atlas 1989.
- GIL, M. J. – *Dar sem (se) perder*. Análise Psicológica. 3 :7(1998), p. 393-404.

- GOMES, E. M. N. R.– “Cuidar”. *A percepção do enfermeiro recém formado*. Lisboa: s.e., 2001 Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Aberta.
- GORDON, S., BURESH, B. – *Do Silêncio à voz*. Coimbra: Ariadne Editora, 2004.
- GRANDE, N. – *Ética e investigação*. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. 2 (2000), p.49 – 53.
- HÉBERT, M. L.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. – *Investigação qualitativa : fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
- HESBEEN, W. – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência, 2004.
- 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.
- HINDS,C.; MOYER, A. – *Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments*. Journal of Advance Nursing. 26(1997), p. 371-379.
- HONORÉ, B. – *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004.
- JOAQUIM, T. – *Dar à luz – ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós- parto em Portugal*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1983.
- JOSÉ, H. – *Ser pessoa – uma reflexão para a prática*. Revista Nursing. 138 (1999), p.25-28.
- JOSÉ, H. M. G. – *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2002.
- JOSÉ, H. M.G. – *Humor*. In: MALTA, J. A. S.[et al] - *Terapias naturais na prática da enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2003.
- KÈROUAC, S. [et al] –*El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996.
- KITZINGER, S. – *A Experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.
- KITZINGER, S. – *Mães um estudo antropológico da maternidade*. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.
- KRALIK, D.; KOCH,T. – *Engagement and detachment: understandingn patients`experiences with nursing*. Journal of Advanced Nursing. 26 (1997), p.399-407.

- LAMPREIA, M. J. G. – *A participação do doente nos cuidados de enfermagem – Que significado? Que expectativas?*. Porto: s.e.,1997 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- LE MOIGNE, J.L. – *O construtivismo dos fundamentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- LOPES, M. A. P. – *Cuidar da intimidade, Intimidade no cuidar. Sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção de vida*. Pensar Enfermagem, Lisboa.1:1 (1997), p.24-25.
- LOPES, M. A. P. – *O Objecto da disciplina de enfermagem*. Pensar em Enfermagem. Lisboa. 1:2 (1998), p.24-28.
- LOPES, M. J. – *A Metodologia da grounded theory. Um contributo para a conceptualização na enfermagem*. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. 8 (2003), p. 63-74.
- LOPES, M. J. – *A Natureza dos cuidados de enfermagem, alguns contributos para a sua clarificação*. Sinais Vitais. Coimbra. Maio (2000), p.35-42.
- LOPES, M. J. – *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Gráfica, 2000.
- LÖVGREN, G; [et al] – *Patients` narratives concerning good and bad caring*. Scand j. Caring Sci. 10 (1996), p.151-156.
- LOWDERMILK, D. L. – *Cuidados de enfermagem durante o parto*. In: BOBAK [et al] – *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência, 1999.
- LUÍS, H. – *Um estar...um cuidar?* Servir. Lisboa. .48:5 (2000) p.227-230.
- MAGÃO, M. T. G. - *Cuidar. Significado e expressão na formação em enfermagem*. Lisboa: 1992. Dissertação apresentada à ESEMFR, no âmbito do 3º CPAE.
- MAGÃO, M. T. G. – *Cuidar. Significado e expressão na formação em enfermagem*. Pensar Enfermagem, Lisboa. 1:1 (1997), p.23.
- MARÇAL, M. T. O. – *A Análise conceptual na investigação em enfermagem*. Pensar em Enfermagem. Lisboa. 2:2 (1998), p.4-8.

- MARQUES, M. I. D. – *Cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado. Polarização de juízos*. Porto: s.e.,1999. Dissertação de Mestrado apresentada ao instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- MARQUES, M. I. D. – *Os cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado*. Revista Referência. Coimbra 3 :11(1999), p.45-51.
- MARQUES, M. I. D. – *Percepção «Significativa» dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados*. Revista Referência. Coimbra .5 :11 (2000), p.5-15.
- MARTINS, J. S. – *Expectativas dos utentes face aos cuidados de enfermagem e percepção das enfermeiras acerca dos cuidados que prestam*. Lisboa. 1988. Dissertação no âmbito do curso de administração de serviços de enfermagem.
- MÁRTIRES, M. A. R. – *A Pessoa em situação de internamento hospitalar e as suas percepções sobre os cuidados de enfermagem - contributos para uma conceptualização dos cuidados de enfermagem*. Porto: s.e.,1998 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- MAYEROFF, M. – *On caring*. New York: Harper Perennial, 1990.
- McSWEENEY, G. – *A enfermeira: prestação de cuidados holísticos*. Servir. Lisboa. 51:6 (2003), p.282-288.
- MELO, A. C. M. R. F. P. – *A competência do enfermeiro no cuidar do idoso. Opinião dos idosos e das enfermeiras*. Servir. Lisboa. 46:5 (1998), p.242-247.
- MENDES, J. – *As práticas profissionais e os modelos de enfermagem*. Servir. Lisboa. 45:1 (1997), p.6-15.
- MENDES, J. P. – *O Poder terapêutico do “estar com...não fazendo...”*. Pensar Enfermagem. Lisboa. 3:1 (1999), p.36-37.
- MENDES, M. L. – *Curso de obstétrica*. Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC, 1991.
- MESSNER, R. – *What patients really want from their nurses*. American Journal of Nursing. 8:8 (1993), p.38-41.
- MORAGA, M. – *La pratique des soins*. Kraukenpelege. Soins infirmiers. 2 (1998), p.66-68.

- MOREIRA, M. G. S. – *A Presença do marido no trabalho de parto e a influência no pós partum blue*. Coimbra: s.e., 1995. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Miguel Torga.
- MORSE, J. M. – *Designing funded qualitative research*. In DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.- *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, 1994.
- MORSE, J. M. – *Qualitative generalizability*. In DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.- *Qualitative health research*, London: Sage Publications, inc. 9:1 (1999), p. 5-6.
- MORSE, J.M. [et al] – *Concept of caring and caring as concept*. *Advanced Nursing Science*, 13:1 (1990), p.1-14.
- NEVES, L. G. – *Práticas cuidativas numa unidade de cirurgia- significado contextual para os doentes*. Porto: s.e.,1998 Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- NORTHRUP, C. M.D. – *Corpo de mulher sabedoria de mulher. Como criar saúde física e emocional e meios de cura*. Cascais: Artes Gráficas, 2003.
- NUNES, M. Al. [et al] – *O respeito caloroso na relação de ajuda em enfermagem*. *Servir*. Lisboa. 45: 4 (1997), p.173-175.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Plano de Saúde (PNS) – Orientações estratégias contributos/ posições da ordem dos enfermeiros* . Lisboa. Nº10, Outubro (2003), p.7-11.
- OSTERMAN, P.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. – *Quatro maneiras de estar presente*. *Servir*. Lisboa. 45:6 (1997), p. 317-324.
- OXORN, Harrey, [et al]. – *Trabalho de parto*. 5ª ed. S. Paulo. Roca, 1989.
- PALMA, M.; SILVA, D. – *O efeito da comunicação táctil na satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca*. *Servir*. Lisboa. 40:5 (1992), p. 226-245.
- PARREIRA, M. V. B. C. – *Práticas cuidativas em saúde materna - significados para as enfermeiras e utentes*. Lisboa: s.e.,2001 Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- PEARSON, A.; VAUGAN, B. – *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS, 1992.

PERGUIÇA, A. C.; SOBRAL, M.L. S. – *Reflexão. O enfermeiro de cuidados intensivos perante a dor*. Servir. Lisboa. 51:1 (2003), p.25-27.

PINEDA, R. O. [et al] – *Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto?* Revista Rol de Enfermería. Madrid.24:4 (2001), p.290-299.

PINTO, A.C. – *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Jornal de Psicologia, 1990.

PISCARRETA, C. S. – *Cuidar e pedagogia*. Revista Enfermagem em Foco. Lisboa. 35 (1999), p.37-43.

POIRIER, J.;VALLADON, S.C.; RAYBAUT, P. – *Histórias de vida : teoria e prática*. Oeiras: Celta ed.,1995.

POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL, M.S., Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril – Aprova a criação da Ordem dos Enfermeiros DR I Série-A 1998-04-21.

PORTUGAL, M.S., Decreto-Lei 161/96 de 04 de Setembro – Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros DR I Série-A 1996-09-04.

PORTUGAL, M.S., Decreto-Lei 437/91 de 08 de Novembro – Aprova a carreira de enfermagem DR I Série 1991-11-08.

QUEIRÓS, A . A. – *Empatia e respeito*. Coimbra: Quarteto,1999.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva,1992.

RAPOSO, M. L. M. M.– *A Interacção no cuidar em enfermagem: um estudo com alunos em aprendizagem clínica*. Porto: s.e.,1996. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

RAUTAVA,P.; ERKKOLA, R.;SILLANPAA, M. – *The outcome and experience of first pregnancy in relation to the mother's childbirth knowledge:the finnish family competence study*. Journal of Advance Nursing, 16 (1991), p.1226 –1232.

REBELO, M. T – *Expectativas do doente face aos profissionais de enfermagem numa unidade de internamento*. Trabalho apresentado à Escola de Enfermagem de

Administração e Ensino no âmbito do Curso de Enfermagem Complementar – Secção de Ensino. Lisboa: 1982.

REBELO, M. T. – *Do fazer ao dizer em enfermagem, que obstáculos?* Revista Enfermagem. Lisboa.10 (Abril/Junho (1998), p.14-19.

RIBEIRO, L. F. – *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral.* Lisboa: Educa, 1995.

RIBEIRO, P. – *Psicologia e saúde.* Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

RITZER – *Teoria sociológica contemporânea.* 5ª edição. Madrid: Mcgraw-Hill,2002.

ROACH, M. – *Caring: the human mode of being. Implications for nursing.* Toronto: Faculty of Nursing, 1984.

RODRIGUES, C. [et al] – *Motivação.* Porto: Contraponto, 1998.

ROSA, M.M.C. C. – *Cuidados de enfermagem- Uma concepção* Porto: s.e.,1997
Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

ROXO, J. R. S. – *O toque-inserir para cuidar.* In: MALTA, J. A. S.[et al]- *Terapias naturais na prática de enfermagem.* Coimbra: Formasau, 2003.

RUA, M – *Qualidade de cuidados de enfermagem na perspectiva da puérpera.* Porto: s.e., 1998. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

RUQUOY, D. –*Situação da entrevista e estratégia do entrevistador;* In: ALBARELLO, L. [et al]. – *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais.* Lisboa: Gradiva, 1997.

SÁ, E. – *A maternidade e o bebé.* Lisboa: Fim de Século, 1997.

SÁ, M. R. – *Comunicação em enfermagem – componente expressiva da interacção enfermeiro -doente.* Coimbra: s.e., 2001. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Miguel Torga.

SAINT-EXUPÉRY, A – *Le petit prince.* Paris: Gallimard,1962.

SANTOS, M. A. F. S. – *Representação social do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: s.e.,1995 Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

SCHOENHOFER, S.; BOYKIN, A. – *Será que há mesmo tempo para cuidar?* Servir. Lisboa. 51:4 (2003), p.187-190.

SILVA, A. – *O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado*. In: MEYER, D.; WALDOW, V.; LOPES, M. – *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, J. F. – *O cidadão, foco central dos cuidados de enfermagem*. Servir. Lisboa, 50:3 (2002), p.112-118.

SILVA, L. F. [et al] – *Cuidado de enfermagem : o sentido para enfermeiros e pacientes*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 50:4 (2001), p.578-588.

SOIFER, R. – *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 4^oed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SORENSEN; LUCKMANN – *Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica*. Loures: Lusodidacta, 1994.

SOUSA, L.S. – *A entrevista, o imaginário e a intuição*. In: GAUTHIER, J.H.M.[et al] – *Pesquisa em enfermagem. Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SPEAR, H. J. – *Uma reflexão sobre a prática profissional: porquê escolher a enfermagem?* Servir. Lisboa. 51: 3 (2003), p.139-141.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. – *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 2^a. Ed. Loures: Lusociência, 2002.

SWANSON, K. M. – *Empirical development of a middle range theory of caring*. *Nursing Research*. 3 (1991), p. 161-166.

TEIXEIRA, Elizabeth. – *As três metodologias. Acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 4^a edição. Belém Pará: Unama, 2002.

TOMATIS A. A – *A noite uterina*. Lisboa. Instituto Piaget: Editora Stock, 1987.

TRINDADE, A. M. L. C. – *Musica e sentimentos no trabalho de parto*. *Enfermagem em Foco*. Sep. 34 (1999), p37-44.

TURATO, E.R. – *Tratado da metodologia de pesquisa clinica- qualitativa. Construção teórica-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humanas.* Rio de Janeiro: Editora Vozes Petópolis, 2003.

VALADAS, M. B. – *A monitorização da dor como quinto sinal vital.* Sinais Vitais. Coimbra. 51:11 (2003), p. 19-23.

VATTIMO, G. – *Introdução a Heidegger.* Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

VELADAS, M. M. O. N. – *Ajudar na sala de partos.* Lisboa: Lidel, 1997.

VOGEL, A.; SMITH, K. – *A Prestação de cuidados?.* Servir. Lisboa. 51:1 (2003), p.28-31.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. – *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional –* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATSON, J. – *Caring and healing our living and dying.* Pensar Enfermagem. Lisboa. 4:1 (2000), p.9-11.

WATSON, J. – *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem.* Loures: Lusociência, 2002.

WATSON, J. – *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers.* Paris: Éditions Seli Arslan, 1998.

WATSON, J. – *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.* Loures: Lusociência, 2002.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. – *Enfermagem obstétrica.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ANEXOS

ANEXOS I

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

Maria Celeste do Céu Vieira
Cruz do Chão do Bispo n.º 12 c/v Esq.^a
3030-151 Coimbra

Maternidade Bissaya Barreto
Isabel
Hi



**Ao Conselho Directivo da
Maternidade Bissaya Barreto**

Chamo-me Maria Celeste do Céu Vieira, sou Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade Bissaya Barreto, com o número mecanográfico 2455. 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 na perspectiva da utente*.

Afim de dar continuidade ao referido trabalho, solicito autorização para proceder à selecção da amostra e á colheita de dados nas unidades de puerpério da Maternidade.

Grata pela atenção dispensada, aguardo resposta ao pedido solicitado.

Coimbra, 21 de Outubro de 2002

Maria Celeste do Céu Vieira

(Maria Celeste do Céu Vieira)

ANEXO II

FICHA BIOGRÁFICA DAS ENTREVISTAS

ANEXO III

EXEMPLAR DE UMA DAS ENTREVISTAS

Entrevista V

Fale-me da sua experiência na sala de partos

Experiência sim foi a primeira vez. Há uns dias tinha começado com umas dores mas depois de quinta –feira para sexta comecei a ter mais dores mais forte pronto, e depois o meu marido trouxe-me, cheguei por volta das quatro da manhã e *viram logo como eu estava*, que tinha dilatação de quatro e meio, depois *puseram-me a soro* e tinha dores muito fortes, eram muito seguidas, deveriam ser umas sete e pouco levei a epidural, *vieram procurar se eu a queria* eu tinha um pouco de receio mas graças a Deus não custou nada. Para a próxima vou levar outra vez, só se não for a tempo, estive ali duas horas, das sete até às nove sem dores graças a Deus, aliviei, depois comecei a ter mais dores, *a enfermeira logo me avisou que eu iria ter dores por causa dos puxos e tinha de ter contracções* e pronto, tive um bocado em que tive dores fortes mas tive de aguentar pois a minha mãe também aguentou, é um sacrifício que cada um faz. Depois passado um bocado estive ainda uma horita ali a sofrer, graças a Deus foi normal, só levei cinco pontos e graças a Deus quando eu saí cá para fora desapareceram as dores todas, foi muito bom já que tive três abortos anteriores, foi maravilhoso não sei explicar quero voltar a repetir (a Sr^a encontrava-se muito emocionada).

E durante essas cinco horas que estive na sala de partos que contacto teve com a enfermeira ?

Foi excelente, *vinham procurar como é que eu estava, se tinha muitas dores, se estava bem disposta, se precisava de alguma coisa, bem estavam sempre ao pé de mim. Uma vez até procurei que estava a ganhar sede se poderia beber água, ela disse-me porquê e molhou-me os lábios para eu não sentir aquela impressão de sentir a boca seca*, e pouco depois da epidural *comecei a tremer e ela disse-me porquê e colocou-me um cobertor*, até me senti muito melhor, pois com o peso não tremia tanto ,é muito incomodativo, não queremos, mas não conseguimos controlarmo-nos E pronto foram

excelentes nos cuidados, *de ver como é que eu estava, iam ver como estava o registo e informavam-me do que se estava a passar.* Ao princípio como era o meu primeiro parto *ensinaram-me como é que quando viessem as contracções deveria respirar, fundo e calmamente, para ir o oxigénio para o bebé,* essas dicas foram muito importantes pois, vim às cegas, como é o meu primeiro bebé, mas graças a Deus foi Excelente.

Então *com o meu marido foi óptimo e de vez em quando viam que ele estava nervoso mandavam-no lá para fora tomar um bocadinho de ar,* pensando que não naquela situação os maridos também sofrem um bocado (risos) e custou-me. De vez em quando vinha cá para dentro e *lá ia a enfermeira falar com ele, se ele estava bem disposto* se não e graças a Deus correu tudo bem. Apenas vi o meu marido a chorar pela primeira vez que foi ontem quando o bebé nasceu e eu chorei também de alegria, foi tão bom... *No final vestiu o meu filhote,* é tão engraçado.

Foi um esforço muito grande, eu já tinha tido três abortos antes deste e infelizmente o último já estava de três meses, estive aqui internada, as pessoas foram excelentes, não tive nenhuma queixa a fazer deles fossem eles médicos, enfermeiras ou auxiliares.

Costuma-se dizer que à terceira vez é de vez, mas a minha foi à quarta vez, tenho confiança e fé em Deus e eu nunca perdi as esperanças e tenho aqui um rebentozinho que pesa três quilos e quarenta ontem. Estava tudo bem (risos), mas é complicado, nós sabemos que para ter um filho uns têm mais dores que outros nem todos os partos são iguais, mas nós já sabemos que quando vimos para estes sítios é para sofrer um bocadinho. Eu sofri um bocadinho, não sabia, mas gostei, tenho esperança daqui a dois anos, dois anos e meio estar cá outra vez se Deus me deixar e enquanto a fábrica não entra para balanço tenho de aproveitar.

Qual foi o mais agradável e porquê?

Foi tudo, tudo foi agradável, *mas a atenção, o carinho não só para mim como para o meu marido, o estarem sempre a perguntar se estava tudo bem, o que precisava, o ensinarem-me, estavam sempre ali acompanharam-me ...são uma horas difíceis,* bem não posso dizer melhor... há o meu bebe foi o melhor de tudo....

Qual foi o mais desagradável e porquê?

Foi tudo bem não tenho nada a dizer eu quero voltar para cá daqui a uns anitos ter outro filhote e que seja uma menina.

Quer acrescentar mais alguma coisa?

Não, obrigada por tudo.
