

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO  
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

## **Relatório de Estágio de Natureza Profissional**

**CONTRIBUTOS DO MODELO *PRIMARY NURSING***

**NA ASSISTÊNCIA À MULHER, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA,  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO E O PERÍODO PÓS-PARTO**

**Rita Filipa Parente Pacheco**



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo



**Viana do Castelo, março de 2015**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO  
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

## Relatório de Estágio de Natureza Profissional

CONTRIBUTOS DO MODELO *PRIMARY NURSING*  
NA ASSISTÊNCIA À MULHER, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO E O PERÍODO PÓS-PARTO

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ao abrigo do Despacho n.º 345/2012 do Diário da República, 2ª. Série – nº 8 – 11 de janeiro de 2012

**Rita Filipa Parente Pacheco**

**Orientadora:** Maria Augusta Moreno Delgado da Torre

Especialista na Área Científica de Enfermagem, Professora Adjunta na  
Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

**Coorientadora:** Sandrina Lopes Alves

Mestre em Ciências da Educação,  
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo



Viana do Castelo, março de 2015

Pacheco, R. F. P. (2015) **Relatório de Estágio de Natureza Profissional**. Viana do Castelo: Relatório de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio de natureza profissional original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Descritores: CUIDADOS DE ENFERMAGEM; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PERÍODO PÓS-PARTO; PRIMARY NURSING, TRABALHO DE PARTO.

***Ao Filipe,***

*pelo amor, orgulho, companheirismo, estímulo, compreensão e por... ACREDITAR!*

***Aos meus Pais,***

*pelo amor, atenção e cuidado que me dedicam todos os dias!*

***À Vera, ao Márcio e à Matilde,***

*pelo carinho e compreensão por tantos “não posso”!*



## **Agradecimentos**

À orientadora, *professora Augusta Delgado*, expresso o meu profundo agradecimento pelo apoio, o estímulo, a dedicação, a amizade, a paciência, o suporte e pelos saberes partilhados...

À coorientadora, *enfermeira Sandrina Alves*, agradeço o incentivo, o apoio, a amizade, e as orientações oferecidas...

Às tutoras de estágio, *enfermeiras Olinda Vintém e Margarida Zenha*, pela calorosa disponibilidade, pela paciência e por todos os ensinamentos... exemplos a seguir!

Às *enfermeiras* do serviço de obstetrícia da ULSAM, colegas de jornada, pela ajuda, estímulo e paciência...

Às colegas de mestrado, em especial à *Andreia* e à *Lígia*, companheiras de luta!

À *Lígia, Joana, Bruna, Catarina, Ana e Martinha*... estou profundamente grata pela amizade, carinho e ânimo nos momentos mais difíceis...

Por fim, mas não menos importante, uma palavra de apreço às *utentes, recém-nascidos e familiares* que tanto contribuíram para a minha formação pessoal e profissional!



## Índice

Introdução .....	19
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>23</b>
1. Enquadramento científico do estágio: pressupostos teóricos que sustentaram a prática do cuidar em enfermagem .....	27
2. Caracterização do contexto de estágio.....	37
<b>PARTE II - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>47</b>
1. Cuidar a mulher e recém-nascido, inseridos na família e comunidade, durante o trabalho de parto .....	51
2. Intervenção de enfermagem durante o trabalho de parto e o período pós-parto, com a aplicação do modelo <i>primary nursing</i> .....	63
2.1. <i>Enquadramento científico</i> .....	63
2.1.1. <i>Evolução histórica do modelo primary nursing</i> .....	66
2.1.2. <i>Aplicação do modelo primary nursing na prática de cuidados</i> .....	68
2.1.3. <i>Aplicação do modelo primary nursing na assistência à mulher/recém-nascido/família, durante o trabalho de parto e o período pós-parto.</i> .....	75
2.2. <i>Metodologia de intervenção</i> .....	85
2.2.1. <i>Planeamento e implementação da intervenção</i> .....	85
2.2.2. <i>Avaliação da intervenção</i> .....	90
2.3. <i>Conclusões</i> .....	106
Conclusão .....	109
Referências bibliográficas .....	111
Apêndices .....	121



## Índice de Quadros

Quadro nº 1. Caracterização sociodemográfica das entrevistadas.....	92
Quadro nº 2. Dados da história obstétrica das entrevistadas .....	93
Quadro Nº 3. Grelha categorial desenvolvida face às entrevistas realizadas .....	95



## **Índice de Apêndices**

Apêndice 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULSAM.....	CXXIII
Apêndice 2 – Consentimento informado .....	CXXIX
Apêndice 3 – Guião da entrevista.....	CXXXIII
Apêndice 4 – Quadro matriz de redução de dados .....	CXXXVII



## Resumo

**INTRODUÇÃO:** O exercício profissional na área da enfermagem de especialidade em saúde materna, obstétrica e ginecológica, no contexto da realização de um estágio de natureza profissional, faculta a transição identitária e profissional, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação. Sendo a enfermagem uma disciplina centrada na relação interpessoal enfermeiro-utente, a prestação de cuidados de enfermagem sob o modelo *primary nursing* potencia o estabelecimento de uma relação estreita enfermeiro-utente.

**OBJETIVOS:** Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem em saúde materna, obstétrica e ginecológica. Conhecer os contributos da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo *primary nursing* na assistência à mulher, recém-nascido e família, em obstetrícia.

**METODOLOGIA:** A prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família, pautou-se pelos pressupostos teóricos de Virginia Henderson, Lydia Hall, Imogene King, Jean Watson e Patricia Benner. Foi aplicado o modelo *primary nursing* procurando-se conhecer os seus contributos, através da realização de uma entrevista semiestruturada às mulheres, à data da alta.

**RESULTADOS:** Prestaram-se cuidados a 111 mulheres/recém-nascidos/conviventes significativos, durante o trabalho de parto, tendo sido executados 44 partos eutócicos. Colaborou-se, ainda, na realização de nove partos por ventosa e um parto de apresentação pélvica. A seis mulheres foram prestados cuidados de acordo com os pressupostos do modelo *primary nursing* tendo sido reconhecida, pelas mesmas, a receção de um conjunto diversificado de ações de enfermagem. Verificou-se, ainda, a perceção, pelas mulheres, de algumas vantagens outorgadas ao modelo *primary nursing* como a receção de cuidados individualizados e a continuidade de cuidados.

**CONCLUSÕES:** A realização de um estágio de natureza profissional permitiu a integração de conhecimentos na área da saúde materna e obstetrícia, oferecendo capacidade para a tomada de decisão fundamentada. Desenvolveram-se competências necessárias à vigilância do trabalho de parto, implementação de técnicas de parto adequadas e vigilância do período pós-parto, executando intervenções seguras e de qualidade.

Considera-se terem sido obtidas evidências da utilidade da aplicação do modelo *primary nursing* na prática de cuidados em obstetrícia, na assistência prestada à mulher, recém-nascido, convivente significativo e família.

**Palavras-chave:** CUIDADOS DE ENFERMAGEM; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PERÍODO PÓS-PARTO; PRIMARY NURSING, TRABALHO DE PARTO.



## *Abstract*

**INTRODUCTION:** The professional practice in nursing specialty in maternal, obstetric and gynaecology health, in the context of the completion of a professional training, provides the professional and identity transition in the areas of care, training, management and research. Being nursing a subject focused on the interpersonal relationship nurse-user, the provision of nursing care according to the primary nursing model encourages that type of a close relationship nurse-user.

**OBJECTIVES:** To develop skills in providing specialized nursing care in maternal health, obstetric and gynaecology. To know the contributions of the provision of nursing care according to the primary nursing model in assistance to woman, newborn and family in obstetrics.

**METHODOLOGY:** The provision of specialized care to women, newborns and family observed the theoretical assumptions of Virginia Henderson, Lydia Hall, Imogene King, Jean Watson and Patricia Benner. In order to know the contributions of the primary nursing model applied it was conducted a semi-structured interview to women, at discharge.

**RESULTS:** Care was provided to 111 women, newborns and significant relatives during labor, having been performed 44 eutocic deliveries. Nine ventouse deliveries and a breech delivery were performed in collaboration with the medical team.

It was provided care to six women in accordance with the assumptions of primary nursing model and they recognized they have received a diverse set of nursing actions. Those women also acknowledged some of the advantages supported by the primary nursing model such as receiving individualized care and the continuity of care.

**CONCLUSIONS:** The accomplishment of the professional training allowed the integration of knowledge in the area of maternal health and obstetrics, offering the ability for informed decision-making. The required skills have been developed in the surveillance of labor, implementation of appropriate delivery techniques and monitoring the postpartum period, through safe and quality interventions.

It is considered that evidence was obtained in order to sustain the useful application of the primary nursing model in obstetric care practice provided to woman, newborn, significant relative and family.

**Key-words:** NURSING CARE; OBSTETRIC NURSING; POSTPARTUM PERIOD; PRIMARY NURSING; LABOR.



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AM – Aleitamento Materno

CEE – Comunidade Económica Europeia

CHAM – Centro Hospitalar do Alto Minho

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – citado

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

DMC – Departamento da Mulher e da Criança

DR – Diário da República

DSP – Departamento de Saúde Pública

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESS – Escola Superior de Saúde

HSL – Hospital de Santa Luzia

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITP – Início de Trabalho de Parto

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RBA – Rotura de Bolsa de Águas

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

UNICEF – United Nations Children's Fund



## Introdução

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS), integrado no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, decorreu o Estágio de Natureza Profissional (ENP), no período compreendido entre 20 de maio de 2013 e 15 de fevereiro de 2014. Este estágio foi desenvolvido no serviço de obstetrícia, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), mais especificamente no Hospital de Santa Luzia (HSL), localizado em Viana do Castelo.

O HSL oferece cuidados diferenciados, dispensados por diferentes departamentos, entre os quais o Departamento da Mulher e da Criança (DMC) que assume um papel importante e diferenciado no que respeita à prestação de cuidados a grávidas, recém-nascidos, crianças e adolescentes. O serviço de obstetrícia integra este departamento e é constituído pela consulta externa de obstetrícia, pela urgência de obstetrícia, pelo internamento de grávidas de risco, pelo bloco de partos e pelo internamento de puerpério. Prima pela prestação de cuidados de saúde às utentes que a ele recorrem em situações de doença, gravidez e parto, numa lógica de promoção da saúde e melhoria progressiva da qualidade de vida da mulher.

O ENP está orientado para uma intervenção no âmbito do exercício profissional na área da enfermagem de especialidade em saúde materna, obstétrica e ginecológica, em contexto real, que faculte a transição identitária profissional e pessoal, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

As motivações que conduziram à realização de um ENP prenderam-se com a necessidade sentida de aprofundar competências, desenvolvidas nos estágios anteriores, com vista ao melhor desempenho profissional no futuro. Revelou-se, também, imprescindível para a consecução das exigências da Diretiva n.º80/155/CEE de 21 de janeiro de 1980, alterada pela Diretiva n.º89/594/CEE de 30 de outubro, transpostas para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei (DL) n.º322/87 de 28 de agosto e pelo DL n.º15/92 de 4 de fevereiro, com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O Serviço de Saúde “assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012, p. 2). A atuação ao longo do ciclo gravídico-puerperal insere-se numa das seis etapas do Ciclo de Vida, definidas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, “Nascer com Saúde, gravidez e período neonatal” (DGS,

2012). Esta etapa “engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida” (p. 4).

Assim, é identificada a gravidez e a maternidade como etapas suscetíveis de ação pelo enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMOG), ação esta potencialmente conducente a ganhos em saúde. Sendo que “ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução” (DGS, 2012, p.2).

Com vista à aquisição e/ou aprimoramento das competências específicas do EESMOG, conforme publicado em Diário da República (DR), a 18 de fevereiro, pelo Regulamento n.º127/2011, pretendeu-se, com o presente ENP, desenvolver o cuidado à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto.

No que toca a medidas potencialmente benéficas a implementar com vista a obter ganhos em saúde no ciclo gravídico puerperal, Ferreira (2010) encara a existência de um enfermeiro de referência como uma mais-valia para a família, relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados. Sendo a enfermagem uma disciplina centrada na relação interpessoal enfermeiro-pessoa ou grupo de pessoas e tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Lopes & Fernandes, 2005), pretendeu-se, com a realização do presente relatório de ENP, também, conhecer os contributos para a mulher, o recém-nascido (RN) e a família, potenciados pela atuação de um EESMOG de referência, durante o internamento em obstetrícia, por ocasião do nascimento.

O modelo de prestação de cuidados por enfermeiro de referência, originalmente denominado modelo *primary nursing*, foca a sua atuação na pessoa. Vai de encontro à Teoria de Consecução de Objetivos, defendida por Imogene King, a qual assenta numa ciência humanística da enfermagem. Esta teoria centra-se no sistema interpessoal e nas interações que têm lugar entre indivíduos, particularmente na relação enfermeiro-utente (Siellof, 2004), os quais trabalham juntos para o alcance dos objetivos definidos em parceria (Alcântara, Silva, Freiberger & Coelho, 2011).

Este relatório, que se pretende crítico-reflexivo, fundamenta-se em evidências científicas e assenta nas experiências vividas no decorrer do processo de aprendizagem, focalizando os objetivos alcançados e as competências adquiridas. Procura, ainda, analisar a vivência da mulher que recebeu cuidados de enfermagem sob o modelo *primary nursing*, no serviço de obstetrícia da ULSAM, no presente ENP. Assim, é objetivo geral deste trabalho conhecer os contributos da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo *primary*

*nursing*, na assistência à mulher, RN e família, durante o internamento no serviço de obstetrícia.

A metodologia adotada, no decurso do ENP e para a realização do presente relatório, tem por base uma vasta pesquisa bibliográfica, baseada em livros de texto e estudos, disponibilizados em bases de dados, nomeadamente a Biblioteca do Conhecimento Online, a PubMed Central e a Scientific Electronic Library Online. A somar à pesquisa bibliográfica efetuada, é de realçar a importância da orientação tutorial fornecida pela professora Augusta Delgado e pelas enfermeiras Sandrina Alves, Olinda Vintém e Margarida Zenha, e, ainda, pela equipa de enfermagem do serviço de obstetrícia da ULSAM que muito concorreram, com a sua vasta experiência, no processo de aprendizagem.

O presente relatório estrutura-se em duas partes: na parte I é efetuado o enquadramento do ENP, sendo apresentados os pressupostos teóricos que sustentaram a prática do cuidar em enfermagem e o contexto hospitalar no qual decorreu o estágio. A segunda parte do relatório remete para as atividades desenvolvidas no decurso do ENP, sendo efetuada a análise dos cuidados de enfermagem prestados à mulher e RN, inseridos na família e comunidade, durante o trabalho de parto e da aplicação do modelo *primary nursing* na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e o período pós-parto. Finalmente, sucedem-se a conclusão, na qual é efetuada a síntese das ideias principais, e as referências bibliográficas, utilizadas como base de sustentação do ENP e do presente relatório.



## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**



Neste capítulo pretende-se ir ao encontro da literatura abordando alguns dos conceitos centrais do cuidar em enfermagem e procura-se, também, caracterizar o contexto no qual decorreu o ENP.

É possível, então, no primeiro capítulo, aceder à significação dos cuidados de enfermagem e à sua abrangência, conhecer as competências do enfermeiro, a importância do processo de enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, linguagem classificada criada com vista à uniformização e visibilidade dos cuidados de enfermagem. É, ainda, efetuada uma abordagem às teorias de enfermagem que suportam a prática metodológica do enfermeiro, designadamente, de Florence Nightingale, Virginia Henderson, Lydia Hall, Imogene King, Jean Watson e Patrícia Benner. Também os modelos de organização dos cuidados de enfermagem são descritos e analisados neste capítulo, nomeadamente, os modelos funcional, individual, em equipa e por enfermeiro de referência.

No segundo capítulo, é apresentado o contexto no qual decorreu o presente ENP: o serviço de obstetrícia, integrado no DMC, que se situa no HSL, incorporado na ULSAM. É, ainda, procedida a identificação de necessidades e possibilidades de intervenção neste contexto de estágio.



## 1. Enquadramento Científico do Estágio: Pressupostos Teóricos que sustentaram a Prática do Cuidar em Enfermagem

Enfermagem é a ciência da saúde cujo âmago se funda na assistência holística ao ser humano, como indivíduo, inserido numa família, grupo e comunidade. Imogene King (como citado em Sieloff, 2004) definiu enfermagem “como um processo de ação, reação e interação, através do qual enfermeira e cliente partilham informação sobre as suas perceções na situação de enfermagem” (p. 382).

Cuidar em enfermagem subsiste na intervenção do enfermeiro dirigida ao utente, no sentido de promover, manter e restabelecer a saúde, prevenindo a doença. Consiste, ainda, em capacitar o outro para o empoderamento do seu processo de saúde/doença. O conceito enfermagem tem sido indissociável do cuidar, respeitando uma visão holística do ser humano. De facto, como é referido por King, é a forma como os enfermeiros atuam junto dos indivíduos que diferencia a enfermagem das outras ciências da saúde (Sieloff, 2004).

Os cuidados de enfermagem estão estabelecidos em DR, pelo DL n.º161/96 de 4 de setembro, sendo definida a sua abrangência: “Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (p. 2960). Este DL foi revisto pelo DL n.º104/98, de 21 de abril de 1998, que cria a OE e aprova o respetivo estatuto. Na procura da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, é atribuído ao Conselho de Enfermagem da OE, a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem o que se configura um desafio, pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem e pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

Ao enfermeiro compete desenvolver as funções inerentes ao seu cargo, sendo, para tal, reconhecido, especificamente pela OE (2012a), em Portugal, pelas disposições estatutárias da OE, artigo 7º, “o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”.

Os cuidados de enfermagem fundamentam-se no processo de enfermagem: método que guia e forma sistematicamente a prática do enfermeiro. Este processo remete para uma metodologia de trabalho mundialmente conhecida e aceite no seio da profissão. A aplicação do processo de enfermagem faculta ao enfermeiro a oportunidade de prestar cuidados individualizados, centrados nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à

assistência, pode conduzir tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro (Andrade & Vieira, 2005).

A busca por uma linguagem, pela uniformização e visibilidade dos cuidados de enfermagem dirigiu os enfermeiros à utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE proporciona a melhoria dos cuidados prestados à população ao clarificar conceitos e diagnósticos e harmonizar intervenções e resultados, facultando uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação da prestação de cuidados (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). É igualmente importante “para a análise dos cuidados surgindo como um importante suporte à definição de necessidades e das políticas de saúde” (p. 3).

A CIPE tem sido atualizada ao longo do tempo, sendo a versão mais atual a versão 2, publicada em 2011, que engloba sete eixos: foco, juízo, recursos, ação, tempo, localização e cliente. O foco consiste numa área relevante para a enfermagem; o juízo remete para a opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem; os recursos respeitam à forma ou método de concretizar uma intervenção; a ação consiste num processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente; o tempo define-se como o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; a localização remete para a orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção; e, finalmente, o cliente é o sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

De facto, a enfermagem tem levado a cabo, ao longo dos anos, uma busca incessante por reconhecimento, tendo para tal contribuído, também, a emergência do processo de enfermagem. Realçar que os pilares da cientificidade da profissão remetem para as teorias de enfermagem que suportam a prática do enfermeiro no dia a dia de trabalho. Diversas teóricas propuseram a conceptualização de alguns aspetos da enfermagem, com a finalidade de esclarecer o cuidado de enfermagem. Alguns dos seus pressupostos sustentaram a prática de cuidados e o presente relatório de estágio.

Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, contribuiu para consolidar o corpo de saberes e fundamentos da profissão com a sua filosofia, decorrente dos conhecimentos adquiridos durante a Guerra da Crimeia, os quais concorreram indubitavelmente para a profissionalização do cuidar (Micaelo, Costa, Valente & Antunes, 2013). Defendeu a Teoria Ambientalista, focada no relacionamento entre o meio ambiente e o utente, na qual demonstrou que um ambiente limpo diminuiria o número de infeções (Alcântara et al., 2011). Na perspetiva de Nightingale, saúde define-se como “sentir-se bem e

utilizar ao máximo todas as capacidades da pessoa” (Pfetscher, 2004, p. 78) e acredita que o desejo das pessoas terem saúde as levaria a cooperar com a enfermeira e com a natureza, para permitirem a ocorrência do processo reparador. Na sequência do trabalho desenvolvido por Florence Nightingale, que delineou uma missão de enfermagem centrada na promoção de um ambiente propício para a cura, a teoria de enfermagem foi desenvolvida e refinada por Virginia Henderson, entre os anos 1940 e 1960 (Fairbrother, 2010).

Henderson propôs a Teoria das Necessidades Básicas, que se pode considerar “uma grande teoria ou filosofia dentro da fase de pré-paradigma de desenvolvimento da teoria de enfermagem” (Tomey, 2004, p. 120), focada na necessidade do utente, defendendo que é função da enfermagem assistir o indivíduo doente ou saudável no desempenho de suas atividades, ajudando-o para a independência (Alcântara et al., 2011). Esta autora identifica três níveis da relação enfermeiro-utente, nomeadamente, o enfermeiro enquanto substituto do utente (fazendo pela pessoa), auxiliar do utente e parceiro do utente (trabalhando com a pessoa) (Tomey, 2004), com o objetivo de ajudar a pessoa a tornar-se o mais independente possível, logo que possível (Fairbrother, 2010). Henderson acreditava que “o processo de enfermagem é o processo de resolução de problemas” e que o enfermeiro promove a independência do utente “apreciando, planeando, implementando e avaliando” os cuidados básicos de enfermagem (Tomey, 2004, p. 118). A autora defende, ainda, que as intervenções implementadas “são individualizadas, dependendo de princípios fisiológicos, da idade, dos antecedentes culturais, do equilíbrio emocional e das capacidades físicas e intelectuais” dos utentes (p. 118). Outras contribuições teóricas de Henderson foram os seus apelos para individualizar os cuidados, em função do plano terapêutico prescrito pelo clínico, e a importância que atribuiu à pesquisa de enfermagem na prática quotidiana (Fairbrother, 2010).

Lydia Hall, defensora do Modelo de Núcleo, Cuidar e Curar, era proponente da filosofia da terapia centrada no cliente, oferecida por Carl Rogers, que implica o estabelecimento de uma relação calorosa e segura e a transmissão de uma empatia sensível aos sentimentos e comunicações do doente (Fakouri, 2004). Esta teoria parte da premissa de que “os doentes atingem o seu potencial máximo através de um processo de aprendizagem”, considerando que as pessoas lutam para atingir os seus objetivos e não os que são estabelecidos, para si, por outros (p. 152). Esta autora defende que a enfermagem deve ser profissional e que “os doentes devem ser tratados apenas por profissionais de enfermagem registados que possam assumir total responsabilidade pelo tratamento e pelo ensino dos seus doentes” (p. 155).

A teoria de Hall centra-se, portanto, nos círculos de enfermagem de cuidar, núcleo e cura. O cuidar refere-se ao “tratamento corporal íntimo do doente” que promove um relacionamento próximo enfermeiro-doente que representa o aspeto de ensino-aprendizagem da enfermagem; o núcleo “envolve o uso terapêutico do *self* na comunicação com o doente”, através do uso de técnicas reflexivas; “a cura é o aspeto da enfermagem envolvido na administração de medicação e de tratamentos” (Fakouri, 2004, p. 154). Na opinião de Fakouri, a teoria de Hall assemelha-se muito ao modelo de enfermagem de cuidados primários pois é dado ênfase ao profissional de enfermagem como principal prestador de cuidados e responsável pela sua prática e são fornecidas continuidade e coordenação dos cuidados ao doente. Esta teoria de enfermagem apresenta, contudo, generalidade limitada pois pontualiza a sua aplicação a uma população de doentes com uma idade e num estadió da doença específicos: “Hall dedica a sua teoria a indivíduos adultos que estejam doentes” (Fakouri, 2004, p. 159).

A grávida/puérpera, não sendo considerada, por regra, uma pessoa doente, constitui-se uma pessoa adulta que carece de cuidados de enfermagem, numa fase específica da sua vida, pelo que o estabelecimento de uma relação calorosa, segura e empática com os profissionais de enfermagem se poderá revelar proveitoso. Para além disso, a mulher que se encontra a desenvolver a sua transição para a maternidade, necessita de um forte investimento ao nível da aprendizagem de competências necessárias à consecução do papel maternal. É importante referir, ainda, a importância da continuidade e coordenação dos cuidados ao utente oferecidas pela filosofia de Hall que potencia, decerto, a consolidação de conhecimentos e a aquisição de competências pela mulher/casal/família. Assim, a teoria de Lydia Hall oferece pressupostos, centrados no utente, que se podem revelar promissores na otimização dos cuidados de enfermagem prestados à mulher internada em obstetrícia.

Mais recentemente (nos anos 70), Imogene King defendeu a Teoria da Consecução de Objetivos, na qual focaliza o processo de interação enfermeiro-doente, colaborando para o alcance dos objetivos, no ambiente natural (Alcântara et al., 2011). King (como cit. em Sieloff, 2004) formulou uma estrutura conceptual que representa os sistemas: pessoal, interpessoal e social, como domínio da enfermagem. O sistema pessoal remete para o indivíduo, nomeadamente o doente ou o enfermeiro; o sistema interpessoal é composto por dois ou mais indivíduos que interagem, nomeadamente a díade enfermeiro-doente; finalmente, o sistema social diz respeito a um sistema de interação alargado que inclui grupos que constituem a sociedade, designadamente os sistemas religioso, educativo e de cuidados de saúde. Sieloff (2004) refere que a Teoria da Consecução de Objetivos se centra no sistema

interpessoal e nas interações que têm lugar entre indivíduos, particularmente na relação enfermeiro-doente. A autora refere, ainda, que esta teoria engloba todos os aspetos do processo de enfermagem: identificação de necessidades, planeamento, implementação e avaliação, acreditando que os enfermeiros devem fazer uma apreciação, para estabelecer objetivos mútuos, e avaliar, para determinar se o objetivo foi atingido.

Nascida em 1940, Jean Watson formulou a filosofia e ciência do cuidar, referindo-se ao “cuidar como a essência da prática de enfermagem” (Neil, 2002, p. 165). Watson atribui à enfermeira o papel de ajudar a pessoa a adotar comportamentos em prol da saúde, defendendo que a “criação de uma relação de ajuda-confiança entre enfermeira e doente é crucial para o cuidar transpessoal” (p. 168). Watson acredita que o “uso do processo de enfermagem confere uma abordagem científica de resolução de problemas ao cuidar em enfermagem” (p.168), oferecendo uma perspetiva holística e humanista às fases de apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação do processo de enfermagem. A mesma afirma que o enfermeiro, ao atender as pessoas como indivíduos únicos, reconhece a sua singularidade.

A aquisição de excelência e poder na prática clínica de enfermagem foi estudada por Patricia Benner que nomeia cinco fases de aquisição de competência em enfermagem, descrevendo o enfermeiro como principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Brykczynski, 2004). A autora caracteriza a enfermagem como uma relação de cuidar acreditando que a “capacidade de envolvimento com os doentes e as famílias parece fulcral para ganhar perícia na enfermagem” (p. 191).

A exigência da qualidade dos cuidados de enfermagem, dirigiu os enfermeiros ao desenvolvimento de competências específicas, sendo disponibilizados, para tal, cursos de especialização em enfermagem que reconhecem, aos enfermeiros, competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados, em áreas específicas da enfermagem. Couto (2002) refere que cabe aos enfermeiros, na qualidade de prestadores de cuidados de saúde de excelência, procurar formar-se continuamente na busca das necessidades dos seus utentes e dos seus próprios objetivos. Reconhece-se que a especialização em áreas específicas, por parte dos enfermeiros, reflete a sua preocupação em prestar cuidados de elevada qualidade, indo ao encontro das necessidades individuais dos utentes.

A prática de enfermagem foi, assim, assumindo moldes diferentes, ao longo dos anos, atendendo, não apenas à rentabilização de recursos humanos e materiais mas, também, à procura da melhoria contínua dos serviços de saúde. A busca de autonomia e aperfeiçoamento do desempenho profissional pelos enfermeiros, a par com a importância da rentabilização de

recursos nos cuidados de saúde, levou à manifestação de novas concepções de cuidados de enfermagem e de novos modelos de organização desses mesmos cuidados (Costa, 2004).

Jorge e Simões (1995) defendem que a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização e não a pura satisfação de um direito formal. A competência técnica, por si só, não é suficiente, devendo ser associados, a esta competência, o cuidado humano e o cuidado social.

À organização dos cuidados é dada, atualmente, atenção especial, tendo em conta que se constitui um dos fatores chave que determinam a qualidade dos cuidados de enfermagem (Jonsdottir, 1999).

Neste sentido, os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo, ao longo do tempo, com novas concepções orientadas para a pessoa.

#### *Modelos de organização dos cuidados de enfermagem*

Vários são os modelos de prestação de cuidados de enfermagem existentes e praticados, ao longo do tempo, nas instituições de saúde. Os métodos - funcional, individual, em equipa e por enfermeiro de referência, constituem-se os mais frequentemente descritos na literatura nacional e internacional. Ressalvar, contudo, que estes modelos poderão não ser aplicados no seu “estado puro” nas instituições de saúde, atendendo a que a sua implementação está sujeita à subjetividade da prática de cada enfermeiro, como profissional individual.

O modelo de prestação de cuidados funcional ou por alocação de tarefas emergiu durante a 2ª Guerra Mundial, decorrente da necessidade premente de aumentar o número de enfermeiros, em resposta à necessidade de pessoal auxiliar menos qualificado e, também, à expansão generalizada de sistemas hospitalares (Fairbrother, 2010). Portanto, como refere o autor, na 2ª Guerra Mundial, as tarefas eram atribuídas aos enfermeiros e ao pessoal auxiliar com base na complexidade das tarefas, em termos de julgamento e conhecimento técnico: a maioria das tarefas rotineiras eram atribuídas a trabalhadores menos qualificados e as necessidades mais complexas eram satisfeitas por enfermeiros. Este modelo contribuiu, então, entre outros aspetos, para colmatar a falta de enfermeiros verificada, face às necessidades de cuidados de enfermagem, através da distribuição de alguns cuidados a pessoal auxiliar.

Lopes (1995), caracteriza os cuidados de enfermagem funcionais como aqueles que são prestados num modo de organização em que o processo global de trabalho é dividido em tarefas, sendo as mesmas distribuídas, para a sua concretização, aos trabalhadores. Cada

trabalhador executa uma tarefa particular, bem definida e isolada das outras atividades praticadas na instituição.

O modelo funcional assenta no princípio taylorista de parcelização das atividades (Costa, 2004), o que torna vulgar a fragmentação dos cuidados, ao proporcionar que “cada membro da equipa esteja mais afetado a tarefas do que a doentes” (Pinheiro, 1994, p. 314). O enfermeiro que integra este método de prestação de cuidados não é diretamente responsável pela concretização de um processo de trabalho sendo-lhe requeridas competências de natureza executiva (Lopes, 1995); não é potenciado o trabalho de natureza analítica e interpretativa pelo que não é gerador de condições para o desenvolvimento de novas competências (Costa, 2004). Neste modelo de organização dos cuidados de enfermagem, a autoridade é detida pelo enfermeiro chefe.

Ao enfermeiro é proporcionado o desenvolvimento de habilidades na execução de técnicas específicas, as quais pratica com frequência, no entanto os cuidados aos utentes são fragmentados o que impossibilita que o mesmo seja encarado e tratado como um ser único e indivisível. Na gíria, este modo de prestação de cuidados, é conhecido como “trabalho à tarefa” e vigorou em algumas instituições até há alguns anos atrás podendo, ainda, existir ou coexistir em algumas instituições de saúde.

Menzies defendeu que a alocação de tarefas se tratava, na realidade, de uma defesa dos enfermeiros contra a ansiedade despertada na relação com o utente, pois este modelo não promovia o estabelecimento de uma relação próxima enfermeiro-utente (Bowers, 1989). Na opinião de Bowers, esta crítica tornou-se uma marca e revelou-se influente sobre a reforma subsequente nos cuidados de saúde.

Quanto aos cuidados de enfermagem individuais, referem-se à afetação de um enfermeiro a um ou mais utentes e baseiam-se no conceito de cuidado global. Durante o período de trabalho do enfermeiro, o trabalho não é fragmentado, assumindo o profissional a responsabilidade por prestar a totalidade dos cuidados aos utentes que lhe estão “atribuídos” (Pinheiro, 1994). No turno de trabalho seguinte do profissional, os mesmos utentes poderão ou não ser-lhe atribuídos para a prestação de cuidados.

Cabe ao enfermeiro a organização dos cuidados que, dependendo da sua propensão, poderá privilegiar o utente ou a tarefa e é, também, sua função efetuar a avaliação dos resultados que assenta, fundamentalmente, nos objetivos visados e no tempo disponível. O enfermeiro chefe mantém poder decisório cabendo-lhe a supervisão e avaliação dos cuidados (Pinheiro, 1994).

Os cuidados de enfermagem em equipa emergiram nos anos 50 como resposta ou reação aos cuidados de enfermagem funcionais (Fairbrother, 2010). Kron e Gray (como cit. em Costa, 2004) referem que na prestação de cuidados de enfermagem em equipa, “a assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las” (p. 238). Este modelo utiliza um grupo de enfermeiros que apresenta características diversas, nomeadamente, na educação, habilidades e *status* profissional e o foco consiste em trabalhar de forma colaborativa e cooperativa, com responsabilidade partilhada (Fairbrother, 2010), sob a supervisão de um líder de equipa.

De acordo com Lopes (como cit. em Costa, 2004), a equipa de enfermeiros é, então, liderada por um profissional que é designado entre aqueles de maior categoria ou maior antiguidade no serviço, não correspondendo a nenhuma categoria oficialmente estabelecida.

Quanto à função do líder de equipa, este assume “(. . .) a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade” (Costa, 2004, p. 238). Neste modelo de organização dos cuidados, o autor refere que o poder decisório está descentralizado pois, apesar de se manter uma hierarquia de autoridade, esta é continuamente delegada a profissionais com escalão inferior, descentralizando-se a sua concentração do enfermeiro chefe.

Para a operacionalização deste modo de organização dos cuidados, é imprescindível manter o plano de cuidados atualizado com vista a assegurar a continuidade da assistência bem como fornecer informações ao líder da equipa (Costa, 2004). O intervalo de tempo de atribuição de determinado utente a uma equipa de enfermeiros pode variar de um turno à alocação permanente da equipa durante todo o período de internamento do utente (Fairbrother, 2010).

A partir do trabalho experimental, McMahon (1990) concluiu que a responsabilidade e a comunicação se mostram mais pobres no modelo de prestação de cuidados em equipa, quando comparado com modelos mais autónomos. Os resultados obtidos num estudo experimental realizado por Fairbrother (2010), no qual enfermeiros que trabalhavam sob modelos de prestação de cuidados individualizados ao utente iniciaram a prestação de cuidados em equipa, apontam impactos negativos com a mudança, sentidos, principalmente, entre enfermeiros seniores que continuam a preferir o modelo de prestação de cuidados que inicialmente praticavam, por maior insatisfação pessoal num dia de trabalho e pela perda de

autonomia que sentiram ao tomar lugar na equipa. Contrariamente, Upenieks (2000) comprova que a prestação de cuidados sob um sistema que inclui uma abordagem em equipa foi associada a benefícios no que toca à satisfação no trabalho, nomeadamente pela melhoria da comunicação entre a equipa.

Finalmente, o modelo de organização de cuidados *primary nursing*, centrado na atribuição individual do utente a um enfermeiro de referência, sucedeu aos cuidados de enfermagem em equipa, nas décadas de 70 e 80, decorrente da procura da enfermagem em manifestar o seu corpo de conhecimentos, baseando, para isso, a postura profissional num modelo de prática que promovesse a completa responsabilidade profissional (Fairbrother, 2010). As teorias de enfermagem foram fundamentais para a mudança da prestação de cuidados de enfermagem em equipa para a prestação de cuidados focada no utente, tendo em conta a emergente enfermagem centrada na pessoa.

O modelo *primary nursing* define-se como um sistema organizacional de prestação de cuidados de enfermagem integrais, individualizados e contínuos aos utentes, através de um enfermeiro de referência que tem autoridade e autonomia para planear e implementar tais cuidados (Sellick, Russell & Beckmann, 2003), sendo a abordagem a este modelo de prestação de cuidados efetuada de forma mais pormenorizada ao longo do presente relatório.



## 2. Caracterização do Contexto de Estágio

O ENP, cujo presente relatório versa, desenvolveu-se no serviço de obstetria do HSL, localizado em Viana do Castelo, integrado na ULSAM.

A ULSAM, Entidade Pública Empresarial (EPE), foi criada, a par com a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e com a Unidade Local de Saúde da Guarda, pelo DL n.º183/2008 de 04 de setembro, retificado pelo DL n.º12/2009, de 12 de janeiro, tendo integrado o Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM), EPE com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo. Até então, o CHAM integrava os Hospitais de Santa Luzia, de Viana do Castelo, e Conde de Bertandos, de Ponte de Lima, tendo como área de influência o distrito de Viana do Castelo.

A ULSAM tem como visão, a organização otimizada de prestação de cuidados de saúde integrados e compreensivos, constituindo um modelo de referência para os demais prestadores de cuidados de saúde.

De acordo com o DL n.º 183/2008 de 04 de setembro, as Unidades Locais de Saúde (ULS) “são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial”. Às ULS é atribuído como objeto principal “a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população (. . .), bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. As ULS também têm por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino (. . .)” (DL n.º183/2008). A ULSAM disponibiliza, como oferta assistencial, cuidados de saúde primários (CSP), diferenciados e continuados.

A ULSAM, integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem como objetivos a obtenção de ganhos em saúde e a melhoria contínua dos serviços prestados, através da prestação de cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia, a toda a população do distrito de Viana do Castelo (ULSAM, 2013c). De facto, esta ULS abrange a totalidade do distrito: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, com uma área territorial de 2.213 Km<sup>2</sup> e uma população residente, na região Minho-Lima, de 244.836 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011a), dos quais 13,3% com menos de 14 anos e 23,1% com idade igual ou superior a 65 anos, verificando-se uma Taxa Bruta de Natalidade de 7,1%, significativamente inferior à da Região Norte e do Continente (Departamento de Saúde

Pública [DSP], 2012). O índice sintético de fecundidade de 0,96 na região Minho-Lima não assegura a substituição de gerações (DSP, 2012).

Os órgãos sociais da ULSAM são: o Conselho de Administração, o Conselho Consultivo e o Fiscal Único. À estrutura organizacional da ULSAM pertencem, ainda, os órgãos de suporte ao Conselho de Administração, os órgãos de apoio técnico ao Conselho de Administração, os órgãos de prestação de cuidados, os órgãos de suporte à prestação de cuidados e os órgãos de suporte à gestão e logística.

Em termos de recursos humanos, a ULSAM, EPE registava a 31 de dezembro de 2012, um efetivo de 2.565 colaboradores, 74,8% do sexo feminino, contando, nomeadamente, com 550 médicos, 850 enfermeiros e 550 assistentes operacionais (ULSAM, EPE, 2012).

Preocupada com a conjuntura de contração da atividade económica verificada em Portugal, a ULSAM tem adotado, desde o início do programa de ajuda financeira ao nosso país, “uma política de ajustamento de custos, tentando sempre os melhores resultados em saúde com racionalização dos custos e uma eficiente gestão da Instituição” (ULSAM, EPE, 2012). No ano de 2012, a instituição atingiu os 2.864.285€, após impostos, tendo apresentado uma diminuição da despesa total de 3,9 milhões de euros.

É missão da ULSAM a identificação das necessidades de saúde da população da sua área de abrangência e a resposta compreensiva e integrada dessas necessidades, através da prestação de cuidados de saúde, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos (ULSAM, 2013a).

No ano de 2012, a ULSAM assegurou médico de família à quase totalidade dos utentes inscritos nas unidades funcionais do agrupamento de centros de saúde. A atividade de internamento da ULSAM registou 20.889 utentes, com uma taxa de ocupação superior a 85% e uma demora média inferior a 7 dias (ULSAM, EPE, 2012).

Os Hospitais de Santa Luzia e Conde de Bertiandos prestam cuidados diferenciados, dispensados pelos departamentos de cirurgia, de medicina, de medicina crítica e anesthesiologia, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, de psiquiatria e saúde mental e da mulher e da criança e pelos serviços de consulta externa e urgências.

O DMC, criado no final de 2006, constitui uma estrutura de gestão intermédia e assume um papel importante e diferenciado no que respeita à prestação de cuidados à grávida, RN, criança e adolescente. Integram o DMC, os serviços de obstetrícia, ginecologia, pediatria e consulta externa de pediatria e unidade de cuidados intensivos neonatais. A gestão do departamento é autónoma, sendo da responsabilidade de uma diretora, de uma enfermeira e de uma gestora.

Especificamente em relação ao serviço de obstetrícia, este é constituído pela consulta externa de obstetrícia, pela urgência de obstetrícia, pelo internamento de grávidas de risco (9 camas), pelo bloco de partos (5 unidades individualizadas) e pelo internamento de puerpério (15 camas e 15 berços).

A consulta externa de obstetrícia integra o serviço de obstetrícia desde 2012, disponibilizando a realização de diagnóstico pré-natal, consultas de reavaliação de risco obstétrico, ecografias obstétricas e consultas de termo, sendo a consulta de enfermagem assegurada por EESMOG. Em 2012, foram registadas 4.733 consultas de obstetrícia e 923 diagnósticos pré-natais (Protocolo I e II) (ULSAM, EPE, 2012).

Remetendo, agora, para a urgência de obstetrícia, atualmente, esta permite a permanência constante de um acompanhante junto da utente e oferece cuidados multidisciplinares às utentes que a ela recorrem. No ano de 2012, verificaram-se 5.484 atendimentos no serviço de urgência obstétrica da ULSAM (ULSAM, EPE, 2012).

No que toca ao internamento de grávidas de risco, usufruiu de separação física do internamento de puerpério em 2011 estando, no momento, localizado na ala do serviço de ginecologia. Com a reestruturação do espaço e com a diminuição progressiva da taxa de natalidade, tornou-se possível a criação de unidades individualizadas e a permanência de acompanhante, quando solicitado e exequível. Ganha força a humanização dos cuidados prestados, nomeadamente, nas situações de luto, através do afastamento das utentes, que atravessam um processo de luto, das díades mãe-RN. No ano de 2012 registaram-se 3 nados mortos no serviço de obstetrícia da ULSAM, todos do sexo masculino.

Relativamente ao bloco de partos, foram criadas unidades individualizadas de parto em 2009, permitindo a permanência 24/24 horas de um acompanhante, e, mais recentemente, uma sala de relaxamento, na qual é proporcionado o uso de bolas de pilates e de musicoterapia, no trabalho de parto (TP). Existe, ainda, uma sala de reanimação neonatal e uma sala para realização de analgesia epidural, quando necessárias. A analgesia epidural é uma realidade, quando solicitada, 24/24 horas, verificando-se o apoio do serviço de anesthesiologia. O parto distócico por cesariana é realizado no bloco operatório central, havendo, contudo, um projeto aprovado para a elaboração de uma sala operatória integrada no bloco de partos, para a realização de cesarianas. Em 2012, verificaram-se 473 cesarianas, num total de 1.674 partos realizados na ULSAM. 57,8% dos partos ocorridos foram eutócicos. A referir, ainda, que 67,1% das cesarianas realizadas ocorreram sob anestesia geral, logo 32,9% decorreram sob raquianestesia, epidural ou outros bloqueios regionais. O total de epidurais ou

outros bloqueios regionais efetuados em 2012 foi de 265, ou seja, verificaram-se em 15,8% dos partos (eutócicos e distócicos) ocorridos.

No bloco de partos existe um ambiente de respeito e privacidade, a assistência é centrada na utente/acompanhante/família e a orientação é baseada no estímulo da autoconfiança materna. A presença e participação ativa do pai, segundo o seu desejo e da utente, são incentivadas e procura-se diminuir a presença de fatores perturbadores como ruído, luz e excessivo número de pessoas presentes. No ano de 2012, nasceram 1693 crianças no serviço de obstetrícia da ULSAM, 841 do sexo feminino e 852 do sexo masculino. Em relação ao peso ao nascimento, 42,3% pesavam entre 3000 gramas e 3499 gramas, verificou-se uma taxa de 4,6% com alto peso ao nascer e 7,3% apresentavam baixo peso ao nascimento. A maioria dos RN's nascidos em 2012 (95,8%) registava 36 a 41 semanas de gestação.

Finalmente, o internamento de puerpério dispõe, atualmente, de unidades individualizadas, promovendo-se o alojamento conjunto mãe/RN e permitindo, sempre que praticável e exequível, a permanência 24/24 horas de um acompanhante escolhido pela puérpera. Nesta área funcional, foi criado um gabinete individualizado para observação do RN, a somar à existência de uma sala para prestação de cuidados ao RN, nomeadamente, de higiene e conforto. É, ainda, disponibilizado um cantinho de amamentação, um gabinete de apoio social, com a permanência constante, nos dias úteis, no período diurno, de uma técnica de serviço social, e uma sala de registo de nascimento, sob a responsabilidade da Conservatória do Registo Civil.

A segurança do RN é uma prioridade do serviço precavendo, nomeadamente, raptos. No período diurno, o serviço dispõe da prestação de serviço por uma porteira, definida entre as assistentes operacionais, que controla a entrada e saída de visitas do serviço. Encontra-se, ainda, implementado, um sistema eletrónico de segurança do RN, o *baby match*, que funciona através da aplicação de uma pulseira no pulso direito do RN, após o nascimento, sendo retirada imediatamente antes da alta, mais especificamente, no momento de saída do serviço.

No serviço de obstetrícia, os cuidados prestados nas diversas áreas funcionais são multidisciplinares, sendo a equipa de saúde constituída por médicos obstetras/ginecologistas, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, verificando-se, ainda, a colaboração de outros profissionais, nomeadamente, anestesistas, neonatologistas, pediatras, técnicos de serviço social e psicólogos. A equipa médica é constituída, atualmente, por 16 médicos especialistas, sete médicos internos e uma médica tarefeira; à equipa de enfermagem pertencem 38 enfermeiras, 25 das quais enfermeiras especialistas em saúde materna e

obstetrícia; a equipa de assistentes operacionais conta com 16 assistentes e uma encarregada operacional e, finalmente, integram a equipa multidisciplinar, duas assistentes técnicas.

No desenvolvimento da sua atividade, os colaboradores da ULSAM, regem-se pelos seguintes valores: atitude centrada no utente e respeito pela dignidade humana, cultura do conhecimento como um bem em si mesmo e cultura da excelência técnica e do cuidar. Labora-se uma cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho (ULSAM, 2013c).

Enquadrado nos oito objetivos estratégicos delineados pelo DMC para o ano de 2013, o departamento pretende otimizar a eficácia da gestão através do aumento da eficiência na utilização de recursos e pela qualidade organizacional da prestação de serviços e ambiciona promover o aumento da responsabilização dos serviços que integram o departamento numa lógica de compromisso, de prestação de contas, de melhoria, de valorização da governação clínica e de alinhamento com os objetivos da organização. Anualmente, por um período de tempo determinado, é realizada a avaliação do grau de satisfação das utentes internadas no serviço de obstetrícia, buscando a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Em abril de 2013, após uma intensa caminhada, procedida pela equipa multidisciplinar do serviço de obstetrícia, obteve-se a certificação “Hospital Amigo do Bebê”, através da aplicação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (AM).

No âmbito das suas dinâmicas dirigidas à população alvo, o serviço de obstetrícia disponibiliza uma página própria no *site* da ULSAM, procurando informar a população sobre os serviços disponíveis e criar uma relação de proximidade. Outras dinâmicas são desenvolvidas, periodicamente, como: a disponibilização de visitas à maternidade, guiadas por EESMOG da ULSAM; a dinamização do projeto “Nascer Minhoto” que oferece “Conversas com as Grávidas”, iniciado em 2012, com frequência mensal, estando envolvidos diversos profissionais da equipa multidisciplinar; a comemoração da semana mundial do AM e de outras datas específicas no âmbito da saúde da mulher, dando primazia ao contacto próximo com a população.

Remetendo, especificamente, para o projeto “Nascer Minhoto”, este prima pela criação de uma relação de proximidade com os casais do distrito, através da criação de momentos de partilha, abordando, a cada sessão, uma temática diferente na área da saúde materna e obstétrica. A divulgação das sessões de “Conversas com as Grávidas” é da responsabilidade dos órgãos de comunicação da ULSAM que utiliza diversos meios, nomeadamente, a comunicação social (através de divulgação escrita em jornais da região) e a sensibilização dos

profissionais de saúde dos CSP para que apresentem às grávidas, inscritas nas suas consultas e curso de preparação para o parto e para a parentalidade (CPPP), o projeto “Nascer Minhoto”.

Outros projetos e atividades encontram-se em desenvolvimento, para, entre outros propósitos, dar continuidade a projetos desenvolvidos pela DGS, nomeadamente: o projeto “Alta Segura”, dinamizado pelo Programa Nacional de Prevenção de Acidentes; o projeto “Controlo da dor aguda no pós-operatório”, promovido pelo serviço de anestesiologia do Hospital; o projeto “e-boletim” de saúde infantil e juvenil, preconizado pela DGS; a participação no estudo efetuado pelo Observatório do Aleitamento Materno, da DGS, e a monitorização anual da taxa de AM no serviço.

A estratégia de enfermagem da ULSAM (ULSAM, 2013b) valoriza a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem e caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças.

De acordo com o seu perfil de competências, o enfermeiro/enfermeiro especialista tem como princípios, definidos pela ULSAM (2013c):

- Perseguir os mais elevados níveis de satisfação dos clientes;
- Ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
- Prevenir complicações para a saúde dos clientes;
- Maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- Conjuntamente com o cliente, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;
- Contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem;
- Documentar com terminologia CIPE, no SClínico, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- Disponibilizar-se para o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional e atividade formativa, nomeadamente no que diz respeito a formação em contexto de trabalho, formação contínua, investigação e supervisão clínica.

O número de enfermeiros por turno no serviço de obstetrícia, nas 24 horas, é, usualmente: sete no turno da manhã (três no puerpério, dois no bloco de partos, um na

admissão/urgência e um no internamento de grávidas), seis no turno da tarde (dois no puerpério, dois no bloco de partos, um na admissão/urgência e um no internamento de grávidas) e cinco no turno da noite (dois no puerpério, dois no bloco de partos e um no internamento de grávidas). No período noturno, a área funcional admissão/urgência é assegurada pelos enfermeiros que exercem funções no bloco de partos. As funções desenvolvidas nas áreas funcionais bloco de partos e internamento de grávidas são asseguradas exclusivamente por EESMOG, sendo o puerpério, habitualmente, assegurado por enfermeiros de cuidados gerais e a admissão/urgência, preferencialmente, alocada a um EESMOG, podendo eventualmente, se necessário, serem as funções neste posto de trabalho asseguradas por um enfermeiro de cuidados gerais.

A passagem de informação dos cuidados de enfermagem é executada de forma individualizada, na passagem de turno, promovendo a continuidade e segurança dos cuidados de forma constante, por um número reduzido de profissionais, no caminho da otimização da relação utente-profissional (ULSAM, 2014). Para isso, o plano de trabalho diário em obstetrícia é elaborado tendo por base a continuidade de cuidados, dando preferência na distribuição dos utentes aos profissionais que foram prestadores de cuidados dos mesmos mais recentemente. A transferência de informação verbal é individualizada, nas diferentes áreas de trabalho de obstetrícia, tendo por base os processos clínicos, os processos de enfermagem e os processos dos episódios de urgência.

De facto, o serviço de ginecologia/obstetrícia prima pela prestação de cuidados de saúde às utentes que a ele recorrem em situações de doença, gravidez e parto, numa lógica de promoção da saúde e melhoria progressiva da qualidade de vida da mulher (ULSAM, 2013c).

#### *Identificação de necessidades e possibilidades de intervenção*

No seu plano de atividades (ULSAM, 2013c), o serviço de obstetrícia definiu como objetivos, entre outros:

- Aumentar a realização de analgesia epidural para 75% dos partos vaginais, às mulheres que o solicitam;
- Melhorar os indicadores de qualidade, nomeadamente, diminuir a taxa de cesarianas para 29% e situar, no máximo, nos 5% a taxa de RN's de termo, com baixo peso;
- Melhorar o sistema de registos de informação em enfermagem, nomeadamente através da reformulação informática do sistema e da implementação do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, por níveis de dependência;

- Garantir o cumprimento da política de promoção, proteção e apoio ao AM do hospital;
- Avaliar, periodicamente, o grau de satisfação das utentes internadas no serviço de obstetrícia e implementar medidas corretivas;
- Implementar medidas que facilitem a preparação das grávidas de risco (vigiadas na consulta de obstetrícia do hospital) e familiares para a gravidez, parto e parentalidade, nomeadamente, o curso de preparação para o nascimento e sessões de educação para a saúde, nas consultas de termo;
- Melhorar as condições gerais de hotelaria do serviço de obstetrícia;
- Dar continuidade a eventos de interesse formativo e informativo, nomeadamente, jornadas, *workshops*, “Conversas com as Grávidas”, entre outros;
- Manter a colaboração no Projeto Nacional de Registo do Aleitamento Materno.

O serviço de obstetrícia nomeia como objetivo major a prestação de cuidados de saúde de qualidade nas seguintes dimensões: excelência clínica, segurança do doente, adequação e conforto das instalações, focalização no utente e satisfação do utente (ULSAM, 2013c).

Atendendo às necessidades do serviço, supracitadas, revelam-se possibilidades de intervenção acessíveis e importantes para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, as seguintes:

- Aplicação de medidas de relaxamento e de controlo da dor adequadas, nas quais se inclui a colaboração no aumento da taxa de analgesia epidural nos partos vaginais, através de uma correta avaliação da evolução do TP e articulação com a equipa de anestesiologia, sempre que solicitado pela mulher;
- Colaboração na realização de registos de enfermagem adequados e completos, potenciando o padrão de documentação em vigor;
- Empenhar medidas de promoção, proteção e apoio ao AM, desde a admissão da mulher até à sua alta clínica, efetuando a sua referenciação para os serviços de apoio disponíveis após a alta, dando cumprimento à política institucional;
- Contribuir para a avaliação da satisfação das mulheres com os cuidados de enfermagem recebidos;
- Participar no projeto “Nascer Minhoto”, nomeadamente nas “Conversas com as Grávidas”, divulgando conhecimento científico junto da população e aprimorando habilidades comunicacionais;
- Participar na monitorização da taxa de prevalência do AM no serviço de obstetrícia.

Finalmente, ambicionando o desenvolvimento de uma atividade sistematizada em enfermagem de saúde materna e obstétrica, focada na utente, a prestação de cuidados de enfermagem à luz do modelo *primary nursing* revelou-se uma possibilidade de intervenção, com o intuito de contribuir para a satisfação da mulher, conforme intenção do serviço de obstetrícia.



## **PARTE II**

### **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**



A prática de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia compreende a identificação da necessidade de cuidados, a gestão e a prestação de cuidados centrados na saúde da mulher, criança e família, particularmente em momentos específicos do ciclo de vida, do planeamento familiar e pré conceção ao climatério, englobando a gravidez, o parto e o puerpério (Regulamento n.º 127/2011).

Ao enfermeiro especialista é atribuído, pela OE, um conjunto de competências comuns, pelo Regulamento n.º122/2011, publicado em DR a 18 de fevereiro, competências essas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e específicas, as quais decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. As competências comuns enquadram-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Quanto às competências específicas do EESMOG, encontram-se definidas pelo Regulamento n.º 127/2011, publicado em DR, a 18 de fevereiro.

Na presente Parte II, é efetuada, primeiramente, uma análise crítico-reflexiva acerca da aquisição e desenvolvimento de competências, durante o ENP, remetendo os resultados apresentados para as experiências vivenciadas em sala de partos e, pontualmente, no serviço de urgência/admissão. Seguidamente, é apresentado o planeamento, execução e resultado da intervenção específica colocada em prática, no decurso do ENP, relativa à prestação de cuidados especializados de enfermagem sob o modelo *primary nursing*.



## 1. Cuidar a Mulher e Recém-Nascido, inseridos na Família e Comunidade, durante o Trabalho de Parto

Com vista ao desenvolvimento da competência específica do EESMOG inerente à prestação de cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, definida pelo Regulamento n.º 127/2011, publicado em DR a 18 de fevereiro de 2011, o presente ENP pautou-se pela realização do parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.

Atendendo ao pressuposto de que cada pessoa é um ser único e indissociável da sua família e comunidade, ao longo do presente estágio, na prática de cuidados, a mulher foi “entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo”, não descurando a sua relação “com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais”, conforme defendido em DR, pelo Regulamento n.º127/2011, de 18 de fevereiro de 2011 (p. 8662). Assim, as intervenções de enfermagem implementadas, ao longo do ENP, foram individualizadas a cada mulher/RN/casal/convivente significativo/família, atendendo às suas características e capacidades, conforme defendido por Henderson (Tomey, 2004).

Foi dado particular ênfase ao processo de interação enfermeiro-utente, com focalização no alcance de objetivos pela mulher, indo ao encontro da Teoria da Consecução de Objetivos, formulada e defendida por Imogene King (Alcântara et al., 2011). De facto, verificou-se, com a prática, a importância de efetuar uma rigorosa e completa colheita de dados, não só no momento de admissão mas ao longo de todo o internamento, com vista ao estabelecimento de um planeamento de cuidados, em parceria com a mulher, que visa obter, no final, uma experiência positiva de parto e internamento. A correta identificação das necessidades de cuidados permitiu estabelecer objetivos mútuos com a mulher, concorrendo para que a implementação dos cuidados fosse compreendida e aceite pela mesma. Constituindo a identificação de necessidades a primeira fase do processo de enfermagem, ao longo do ENP foram planeados, implementados e avaliados os cuidados de enfermagem, focados nas necessidades específicas de cada mulher e na sua singularidade, conforme defendido por Henderson (como cit. em Tomey, 2004), Watson (como cit. em Neil, 2002) e King (como cit. em Sieloff, 2004).

Ao longo do presente ENP, verificou-se a oportunidade de prestar cuidados a 111 mulheres, durante o TP. A média de idades do grupo alvo situa-se nos 30 anos, sendo a idade mínima observada de 16 anos e a máxima de 40 anos. No que toca ao concelho de residência das mulheres, 39,6% residia em Viana do Castelo. Verificou-se, também, a prestação de cuidados a mulheres cujo concelho de residência não pertence ao distrito de Viana do Castelo, como Barcelos (8 mulheres) e Esposende (2 mulheres).

Para além das 111 mulheres nomeadas anteriormente, a outras foram prestados cuidados de enfermagem especializados em episódios de urgência, não se tendo verificado, no entanto, a necessidade de serem hospitalizadas.

O desempenho de funções no serviço de urgência de obstetrícia possibilitou o desenvolvimento de competências relativas à avaliação da saúde materno-fetal, nomeadamente através da implementação e interpretação de técnicas como a cardiotocografia. Ao registar, simultaneamente, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas e os movimentos fetais ativos, a cardiotocografia contribuiu para a avaliação do bem-estar fetal. A aplicação de manobras de Leopold com vista à identificação, no abdómen da mulher, do foco fetal e do fundo uterino conduziu à adequada colocação do transdutor de ultrassons e do tocotransdutor e o desenvolvimento de conhecimento científico, resultante da interpretação do traçado cardiotocográfico, levou ao aprimoramento de competências e à consolidação de saberes baseados na evidência científica. A execução de manobras de Leopold, em conjunto com a realização de toque vaginal, proporcionou, ainda, a determinação da situação, apresentação e variedade fetal, permitindo, ainda, determinar a descida da apresentação fetal na bacia materna.

A apreciação das condições do colo uterino (posição, consistência, extinção, dilatação e plano de descida), através da avaliação do índice de Bishop, contribuiu, ainda, para determinar a evolução do TP e a eventual necessidade e tipo de indução de parto a realizar, em situações específicas, como na presença de mulheres com gestações com idade superior a 41 semanas, em articulação com o obstetra de serviço. Também a avaliação do canal de parto, constituído pela estrutura óssea da bacia e por tecidos moles, através da realização de toque vaginal, não esquecendo de relacionar, também, com o volume fetal, se revelou deveras importante, com vista a avaliar, de forma estimada, a compatibilidade feto-pélvica. A avaliação da compatibilidade feto-pélvica revelou-se difícil de executar, daí ser efetuada a estimativa, no entanto, esta intervenção revelou-se importante para suspeitar a viabilidade da progressão do feto por via vaginal e implementar medidas adequadas. Finalmente, a realização de exame físico da mulher, somado à anamnese, permitiu a determinação e

adequação dos cuidados de enfermagem a prestar, personalizando o plano de cuidados. O treino, proporcionado pelo presente ENP, na realização de toque vaginal, associado à restante avaliação da mulher já referida, proporcionou, assim, o desenvolvimento de competências.

Partindo da premissa de Hall de que “os doentes atingem o seu potencial máximo através de um processo de aprendizagem” (Fakouri, 2004, p. 155), o serviço de urgência revelou-se, ainda, um espaço propício à realização de educação para a saúde, às mulheres, no que toca, nomeadamente, à adoção de estilos de vida saudáveis e à prevenção de complicações decorrentes de patologias associadas ou concomitantes à gravidez, desenvolvendo competências nesta área específica. Com vista a facilitar o processo de adaptação à gravidez, procurou-se capacitar as mulheres para a implementação de medidas de alívio dos desconfortos próprios da gravidez. De facto, apesar da gravidez se constituir um processo natural, esta comporta diversas alterações fisiológicas que a mulher poderá sentir como desconfortos. Assim, revelou-se importante, para além de proporcionar segurança à mulher através da sua compreensão da etiologia dos desconfortos no período gestacional específico em que se encontrava, oferecer-lhe o apoio e medidas de suporte indispensáveis ao alívio dos mesmos.

Os episódios de urgência revelaram-se, também, momentos ótimos para informar e orientar as mulheres e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco e, também, sobre os sinais de TP, proporcionando à mulher/casal/convivente significativo a capacidade de decidir de forma esclarecida no que toca a quando e como recorrer aos cuidados de saúde. Assim, ao assumir o papel de ajudar a mulher a adotar comportamentos em prol da saúde, conforme defendido por Watson (como cit. em Neil, 2002), foi possível consolidar conhecimentos e desenvolver habilidades comunicacionais necessárias à relação com a mulher/casal/família.

Decorrente de acessos ao serviço de urgência ou de forma programada, para terminação da gravidez, verificou-se a necessidade de internamento das mulheres, procedendo-se ao seu acolhimento e dos conviventes significativos, à elaboração da sua história clínica de enfermagem e ao planeamento de cuidados de enfermagem. Este momento revela-se ótimo para o estabelecimento de uma estreita relação enfermeiro-utente, atendendo à fragilidade que a mulher apresenta pela recente hospitalização, sendo crucial, como defende Watson, a criação de uma relação de ajuda-confiança enfermeira-utente para o cuidar (Neil, 2002). O enfermeiro constituiu-se, de facto, o profissional de saúde responsável por acolher a mulher, conhecendo-a e apresentando-a aos restantes profissionais e mostrando o espaço físico. Assim, o desempenho praticado no processo de admissão da mulher revelou-se deveras

importante para o bom desenrolar do período de internamento e considera-se terem sido desenvolvidas as competências indispensáveis para obter sucesso nesta fase tão marcante como o é o acolhimento.

O foco do presente estágio residiu no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e do RN, na sua adaptação à vida extrauterina.

Verificou-se que cerca de metade das mulheres às quais foram prestados cuidados eram primigestas (51,4%), tratando-se de uma segunda gestação para 36,9%. Verificou-se, ainda, que 82,9% das 111 mulheres cuidadas não havia experienciado situações de aborto anteriormente. Quanto às mulheres que haviam já experienciado situações de parto, apurou-se que o tipo de parto maioritariamente verificado (75,5%) foi o parto eutócico. Quanto à gestação atual, a mínima idade gestacional verificada, à entrada, foi de 33 semanas e a máxima de 42 semanas, a maioria das gestações (98,2%) foi bem vigiada e cerca de 53% das mulheres frequentaram o CPPP. A gestação gemelar verificou-se em 4 situações (3,6%).

As primigestas, apesar de não terem experiências anteriores de parto, criaram expectativas ao longo da gravidez, nomeadamente, a eventual participação de um convivente significativo, durante o TP. No caso das múltiparas, procurou-se, ainda, conhecer a sua experiência anterior que possivelmente exerceu influência sobre as expectativas criadas em redor do parto atual. A intervenção de enfermagem pautou-se, sempre que possível, por atender à vontade da mulher, garantindo intervenções de qualidade, à exceção de eventuais situações que pudessem colocar em risco o bem-estar materno e/ou fetal.

Faz parte das atribuições autónomas do EESMOG a implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (Regulamento n.º127/2011, de 18 de fevereiro de 2011). Neste âmbito, foram proporcionadas, ao longo do ENP, medidas de controlo da dor, após o consentimento informado das mulheres.

Implementaram-se intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo e ofereceu-se suporte emocional e psicológico, aos mesmos, não descuidando os seus medos e anseios, para que melhor suportassem a dor e a ansiedade características do TP. A otimização do espaço físico, proporcionando privacidade e silêncio, a execução de medidas de relaxamento, como o toque e a massagem, o movimento e as mudanças de posição maternas e, ainda, a implementação de diferentes tipos de respiração, consoante a fase do TP, constituíram medidas não farmacológicas de controlo da dor praticadas, com vista ao bem-estar da mulher e convivente significativo.

Foram desenvolvidas, também, intervenções interdependentes, com a equipa multidisciplinar, como a aplicação de medidas farmacológicas de controlo da dor, constituindo a analgesia de parto pelo método epidural a técnica maioritariamente solicitada e realizada pelas mulheres. Cabe ao EESMOG avaliar a evolução do TP, podendo decidir sobre o momento mais adequado para solicitar a colaboração do anestesista, com vista à implementação da analgesia epidural.

Considera-se terem sido desenvolvidas as competências necessárias para determinar as medidas de controlo da dor adequadas a cada situação, atendendo ao estadio do TP e às expectativas da mulher. Considera-se, também, ter sido estabelecido com as mulheres/conviventes significativos uma relação calorosa, segura e empática, sensível aos seus sentimentos e comunicações, como defendido por Hall (Fakouri, 2004), contribuindo, assim, para uma experiência positiva de parto.

O EESMOG é, ainda, responsável por assegurar a vigilância do bem-estar materno-fetal durante o TP, identificando e referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. Decorrente da vigilância e prestação de cuidados de enfermagem especializados às mulheres em TP, durante o ENP, foram aperfeiçoadas competências para avaliar corretamente a progressão do TP, nomeadamente, no que toca à determinação das modificações cervicais, identificando desvios ao padrão normal de evolução do TP e referenciando as situações para o obstetra, sempre que se considerou adequado. A aplicação de manobras de Leopold, em conjunto com o toque vaginal, revelaram-se determinantes para avaliar o progresso do TP, através da avaliação da dilatação e extinção do colo uterino, da descida e variedade da apresentação, assim como da determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. As contrações uterinas em TP, responsáveis pela dilatação e extinção do colo uterino e pela descida do feto na bacia materna, forneceram, também, através da determinação da sua frequência, duração e intensidade, dados importantes para informar da progressão do TP e para determinar o bem-estar materno-fetal, permitindo identificar sinais de alarme relacionados com a mulher e/ou o feto.

Assim, a realização de uma monitorização cuidadosa do progresso do TP e o seu registo em partograma, em vigor no serviço de obstetrícia da ULSAM, reunido com a monitorização do bem-estar materno-fetal, através da avaliação e interpretação da CTG e das características do líquido amniótico, como a sua coloração e cheiro, possibilitou a tomada de decisão atempada, implementando intervenções de enfermagem especializadas, seguras e de qualidade, dentro da área de atuação do EESMOG.

A aplicação das técnicas adequadas na realização do parto eutócico constituiu-se um dos propósitos do presente ENP e considera-se terem sido adquiridas competências, neste âmbito, com a execução de 44 partos eutócicos e com a colaboração na realização de 9 partos distócicos por ventosa e 1 parto de apresentação pélvica. Considera-se deveras importante o facto de se ter verificado a oportunidade de colaborar num parto de apresentação pélvica pela possibilidade de observar a aplicação das manobras adequadas, em contexto real. Apesar dos partos distócicos terem sido realizados em articulação com o obstetra, o contributo do EESMOG revelou-se essencial atendendo, nomeadamente, ao conhecimento que possuía da evolução do estado materno-fetal e à relação de confiança estabelecida com a mulher/convivente significativo, decorrente do acompanhamento efetuado durante o TP.

Consequente da prática em sala de partos, em contexto de ENP, considera-se que se desenvolveram competências necessárias à realização de episiotomias, quando necessário, à avaliação da integridade do canal de parto e à aplicação das técnicas de reparação adequadas, sendo referenciadas as situações que ultrapassavam a área de atuação do EESMOG. Procurou-se preservar a integridade do períneo, aplicando técnicas de proteção adequadas e evitando o uso rotineiro da prática de episiotomia, conforme defendido pela Organização Mundial de Saúde (1996). Em algumas situações a extrema distensão dos tecidos do períneo ou o estado fetal não tranquilizador levaram à necessidade de realizar esta prática, com o intuito de evitar lacerações graves do períneo ou para abreviar o período expulsivo, na presença de alterações do traçado cardiotocográfico, e, assim, diminuir o risco de complicações para o RN. Com a prática ao longo do ENP pôde-se verificar, de facto, que a não incisão no períneo e na parede vaginal, na altura do parto, proporciona às mulheres a oportunidade de manterem o períneo íntegro ou apresentarem lacerações muitas vezes superficiais, facilitando, nomeadamente, a recuperação pós-parto.

Entre as responsabilidades do EESMOG enquadra-se, também, a assistência e avaliação imediata do RN. Para o melhor desempenho na prestação de cuidados ao RN ressalta-se a experiência adquirida ao longo do exercício profissional, na assistência prestada ao RN no internamento de puerpério, que contribuiu para a aquisição de conhecimentos e competências nesta área da prestação de cuidados. No entanto, a prática proporcionada pelo presente estágio revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências na implementação de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina do RN e para o aperfeiçoamento de competências na prestação de cuidados globais ao RN.

Os cuidados imediatos ao RN foram prestados pelo EESMOG e, em algumas situações, em cooperação com o neonatologista. A avaliação imediata e rápida do RN, logo

após o nascimento, revelou-se fundamental para decidir e orientar os cuidados a serem prestados. A avaliação do índice de Apgar utilizada constitui um método de avaliação sistemática do RN e serve para determinar as suas condições fisiológicas e capacidade de adaptação à vida extrauterina; através da atribuição de um score ao 1º, ao 5º e ao 10º minuto foi possível determinar as necessidades de cuidados de cada RN.

Os cuidados prestados ao RN, imediatamente após o nascimento, são, de facto, centrados na sua avaliação e estabilização, através da prestação de cuidados especializados, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina, sendo, para isso, feita a prevenção da asfixia, com a desobstrução das vias aéreas superiores, e da hipotermia, com a secagem cuidada e a implementação de medidas de aquecimento. A aspiração orofaríngea do RN não foi efetuada de forma rotineira, conforme defendido pela OE (2012b), tendo sido ponderada e/ou executada na presença de líquido amniótico com mecónio ou respiração difícil do RN. Sempre que possível, atendendo às condições da mulher e do RN, imediatamente após o parto, foi realizado o contacto pele a pele, de forma precoce e prolongada, promovendo a vinculação e o AM na primeira hora de vida, conforme diretrizes, emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre AM (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2012).

Sendo reconhecida, pela OMS e pela UNICEF, a importância do AM, ao longo do ENP, no pós-parto imediato, encetaram-se, então, intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM. Para além dos benefícios que, nomeadamente, o contacto pele a pele e o AM precoce poderão significar para o estabelecimento e manutenção da lactação e do AM, também se verificam contributos para o processo de vinculação, ou seja, para a criação ou fortalecimento de laços afetivos mãe-RN e, também, com o pai ou convivente significativo, quando presente. Atendendo à experiência profissional já existente, a intervenção no âmbito do AM não se constituiu uma novidade, no entanto, a intervenção precoce, ainda na sala de partos, nomeadamente com a implementação do *breast crawl*, revelou-se deveras importante enquanto fator promotor do AM e da vinculação.

A adaptação à parentalidade pela mulher/casal constituiu uma preocupação constante, ao longo do ENP, tendo sido, sempre que possível, envolvida a mulher/casal/convivente significativo na prestação de cuidados ao RN. Foi prestada especial atenção ao bem-estar psico-emocional da mulher/casal procurando detetar precocemente situações de risco, com vista a promover a parentalidade saudável e a melhor integração do RN no seio familiar. De facto, é na sala de partos que a mulher/casal conhece o bebé e surge o confronto entre o bebé imaginado e o bebé real. Nem sempre o bebé real corresponde às expectativas que a mãe/pai/casal formularam ao longo da gestação pelo que se atentou à reação dos pais perante

o novo ser e se implementaram medidas de promoção da vinculação. A possível identificação dos traços faciais do RN com as feições da mãe/pai/família facilita a sua integração na família, pelo que foi estimulada junto da mulher/casal/convivente significativo. Ainda na sala de partos, os pais sentem que o projeto que formularam ou aceitaram de ter um filho se tornou um facto. Foi promovido, nomeadamente, o contacto pele a pele, a interação da mãe/casal/convivente significativo com o RN, o AM e a prestação de cuidados ao RN pelo acompanhante, como “dar colo” e vesti-lo, como medidas promotoras da vinculação.

Considera-se terem sido desenvolvidas competências necessárias ao desempenho autónomo, enquanto EESMOG, na avaliação do RN e na implementação de medidas de suporte à sua adaptação à vida extrauterina, promovendo o AM, a vinculação precoce e a adaptação à parentalidade saudável.

Determinadas patologias pré-existentes ou concomitantes à gravidez, entre outros fatores, levam a que algumas situações, no período gestacional ou no puerpério, sejam consideradas de risco materno-fetal. A avaliação de risco foi efetuada através do índice de Goodwin modificado, utilizado, atualmente, no Boletim de Saúde da Grávida, distribuído pela DGS. Este índice permite medir a existência de baixo, médio e alto risco na gravidez o que influencia as intervenções levadas a cabo pelo EESMOG, não apenas durante a vigilância pré-natal mas também no TP.

Diversas foram as patologias, apresentadas pelas mulheres, que condicionaram a intervenção do EESMOG durante o trabalho de parto. No que toca às patologias associadas à gravidez, a existência de cirurgia ginecológica anterior, diabetes gestacional e patologia cardíaca integraram os casos verificados. A idade da mulher e paridade foram, também, tidas em conta na avaliação do grau de risco. Quanto à história obstétrica anterior, foram prestados cuidados a mulheres com antecedentes de infertilidade, cesariana prévia, RN com alto peso ao nascimento e TP prolongado ou difícil. No que toca às alterações verificadas na gravidez atual, as mulheres cuidadas, referiam ter apresentado metrorragias do primeiro trimestre, anemia e hipertensão. Verificou-se, ainda, a oportunidade de prestar cuidados a grávidas gemelares, com fetos em apresentação pélvica e em situações de rotura prematura de membranas.

Atendeu-se, também, a outras doenças, que apesar de não estarem integradas na avaliação de risco de Goodwin modificado, podem levar a complicações durante ou após o TP. As doenças do foro mental, como a depressão, foram referidas, como problemas de saúde, por sete mulheres e as doenças vasculares, como hemorroides e varizes vulvares e/ou dos membros inferiores, foram, em diversas situações, observadas. O vasto leque de patologias

detetadas permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências necessárias à personalização dos cuidados, com segurança e qualidade, atendendo ao conhecimento científico disponível e aos protocolos institucionais.

No puerpério imediato, desenvolveram-se competências na vigilância da mulher e do RN, para assegurar o seu bem-estar e providenciar os cuidados imediatos necessários, especialmente, face a situações que se desviassem da normalidade, nomeadamente a hemorragia pós-parto e a presença de sinais de má adaptação do RN à vida extrauterina. Foram referenciadas as situações para o obstetra ou o neonatologista, quando aplicável.

Neste estágio, verificou-se a realização de um parto de nado morto (com 39 semanas e 3 dias de gestação) de uma primigesta, situação detetada no momento de admissão da grávida. Tratava-se de uma gestação que foi desejada e planeada pelo casal. Foi efetuado o acompanhamento do casal e família, otimizando o ambiente, ao longo do TP, culminando, este processo, na execução do parto via vaginal. Em cooperação com a equipa de anestesiologia, foram implementadas e otimizadas medidas de controlo da dor, nomeadamente a analgesia epidural, com o intuito de tornar a experiência da mulher/casal/família o menos dolorosa possível, atendendo ao sofrimento já causado pelo processo de luto.

O parto via vaginal exige a participação ativa da mulher, durante o período expulsivo, o que poderá ser difícil, para a mesma, em termos emocionais. Assim, ao longo do primeiro estadio do TP, foram envidados esforços para preparar a mulher para o momento do parto, nomeadamente para a sua participação no período expulsivo. Foram, também, pesquisados os seus desejos, da mulher/casal, quanto às pessoas que gostariam de ter presentes, no momento do parto, atendendo à presença de outros familiares no bloco de partos. A utente decidiu que pretendia estar acompanhada pelo marido e uma tia, o que foi respeitado.

Atendendo a que autores, como Bowlby (1973), defendem que ver o bebé ou até tocá-lo ou pegar nele, pode auxiliar no processo de luto, ao possibilitar que a mulher/casal/família se conectem com a realidade, averiguou-se, junto da utente/casal/família, se pretendiam ver o bebé após o nascimento. Apesar dos benefícios descritos na literatura, a decisão de ver o bebé após o nascimento deve ser imputada à mulher/casal, tendo os mesmos decidido que um primo da utente iria conhecer o RN e seria efetuado o registo fotográfico do corpo para, eventualmente, facilitar o processo de luto, no futuro. De facto, certos elementos físicos poderão ser utilizados na consulta de psicologia, no decurso do processo de luto, como fotografias e madeixas de cabelo do RN. Procedeu-se, portanto, à realização de fotografias do nado morto, as quais foram, posteriormente, cedidas à psicóloga que iria atender o casal.

Tendo sido esta a primeira experiência de prestação de cuidados em situação de morte fetal, foram sentidas algumas dificuldades, essencialmente na implementação de medidas para lidar com o luto do casal/família. As palavras, os gestos, a presença. Que palavras utilizar? Ou será melhor fazer uso do silêncio? Será que algum gesto poderá ser mal interpretado? E a presença assídua dos profissionais de saúde é conveniente? Em que circunstâncias? Apesar de este tema ter sido abordado na parte teórica do curso, a aplicação da teoria na prática revelou-se, de facto, difícil, pela forte componente emocional presente. Procurou-se e obteve-se apoio junto da enfermeira tutora e considera-se terem sido prestados cuidados de qualidade, otimizando o ambiente e proporcionando apoio emocional ao casal e família.

Após o nascimento do bebé, novas questões se colocaram como quais os procedimentos a executar com o corpo e a documentação necessária. Atendeu-se à importância de encetar esforços no sentido de facilitar o luto do casal mas também à correta preparação do corpo para o seu encaminhamento para a instituição adequada, neste caso o Centro de Genética Clínica. Em colaboração com as enfermeiras especialistas de serviço, foram conhecidos e compreendidos os passos a cumprir nestas situações, como a realização de raio X do esqueleto do feto e o seu acondicionamento, entre outros procedimentos. Para além disso, prepararam-se os documentos necessários, atendendo à situação de nado morto. Esta experiência proporcionou a oportunidade de aceder aos cuidados necessários a prestar em situações de morte fetal ou de luto, tendo sido desenvolvidas competências específicas nesta área de prestação de cuidados do EESMOG.

Ao longo do presente estágio houve, ainda, a oportunidade de colaborar no projeto “Nascer Minhoto” que oferece “Conversas com as Grávidas”, desenvolvido pelo serviço de obstetrícia da ULSAM, desde o início do ano de 2012. Pôde-se, assim, contribuir, também, para a promoção da saúde da mulher no período pré-natal ao conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar uma intervenção de promoção da saúde pré-natal, planeando uma abordagem de grupo a mulheres/casais. Com esta sessão pretendia-se capacitar as mulheres para a adequada identificação dos sinais de TP, contribuindo, assim, para a redução dos seus níveis de ansiedade e para a sua tomada de decisão relativa ao recurso aos cuidados hospitalares.

O facto de se tratar de uma sessão aberta à comunidade, que não requer inscrição prévia, leva a que a amostra de participantes seja impossível de determinar com antecedência, com vista à preparação mais apropriada da sessão. Para melhor adequar a sessão, face aos participantes presentes, num momento inicial, foi criado um espaço propício ao conhecimento das mulheres/conviventes significativos, procurando conhecer, nomeadamente, a sua história

obstétrica e expectativas criadas, não apenas em redor da sessão mas, também, do desenrolar da gravidez, do parto e do período pós-parto. Assim, o desenrolar da sessão pautou-se pelo esforço de corresponder às expectativas e às necessidades percebidas de cada participante, tendo sido incentivada, ao longo da conversa, a sua participação.

A sessão decorreu no auditório da ULSAM que foi previamente requisitado, assim como os meios audiovisuais (computador portátil e projetor). Procedeu-se à elaboração de uma apresentação em formato power-point como suporte das “Conversas” e a estratégia de intervenção consistiu em partilhar conhecimento com os participantes, recorrendo, quando possível, ao uso de imagens para melhor compreensão dos mesmos.

Possivelmente, por se tratar de uma primeira sessão de “Conversas com as Grávidas” após pausa para férias, de défice na sua divulgação ou atendendo ao facto de coincidir com um outro evento no âmbito do CPPP promovido pelos CSP, contou-se com a presença de uma mulher, neste momento de partilha de conhecimento. Ainda assim, a sessão planeada foi implementada, sofrendo os ajustamentos necessários, face ao diminuto número de participantes. A avaliação final foi positiva atendendo a que foi possível o aperfeiçoamento de competências e habilidades na realização de apresentações orais, o aprofundamento de conhecimentos e, do ponto de vista da mulher, considera-se que participou ativamente na sessão.

Em suma, considera-se a aquisição progressiva de competências no acolhimento da mulher/convivente significativo/família, na vigilância do TP, promovendo o conforto e bem-estar da mulher/feto/convivente significativo, e na colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, assim como na promoção da vinculação mãe/pai/convivente significativo/RN e do AM precoce. Considera-se ter sido adquirida a capacidade de efetuar o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.

Foi possível concretizar o número de partos indispensável para a obtenção do título de EESMOG, sendo desenvolvidas competências para aplicar as técnicas adequadas na execução do parto eutócico de apresentação cefálica. Com o decorrer do período de estágio, o desempenho na execução do parto eutócico foi melhorando significativamente e o desenvolvimento da autoconfiança seguiu o mesmo curso. Assim, a prática decorrente das experiências oferecidas pela prestação de cuidados no presente ENP contribuiu para a aquisição de competências necessárias à excelência como EESMOG no exercício profissional, caminhando na rota de principiante a perito, estudada por Benner (como cit. em Brykczynski, 2004).

Atendeu-se, em todos os momentos da prestação de cuidados, à ética e deontologia da profissão, desenvolvendo, para isso, práticas de cuidados que promovessem e respeitassem os direitos humanos e o Código Deontológico dos Enfermeiros, colocando a mulher e RN, inseridos na família e comunidade, no centro da prática de cuidados.

Considera-se ter sido conseguida a otimização e participação no processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados e a incorporação, na prática, de diretivas e conhecimentos promotores da melhoria da qualidade, bem como a promoção de um ambiente propício à concretização de boas práticas.

## 2. Intervenção de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e o Período Pós-Parto, com a Aplicação do Modelo *Primary Nursing*

### 2.1. Enquadramento Científico

O modelo de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência pode, também, ser denominado de cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável, cuidados de enfermagem integrais ou enfermagem primária (originalmente *primary nursing*) e respeita a conceção de cuidados individualizados (Costa, 2004). Ao longo do presente relatório a referência a este modelo será efetuada com o seu termo original, *primary nursing*.

Manthey (2009) defende que, na aplicação prática do modelo *primary nursing*, em unidades de internamento, o enfermeiro de referência aceita a responsabilidade de gerir os cuidados de utentes específicos 24 horas por dia, 7 dias por semana, durante um determinado período de tempo (habitualmente durante a totalidade da estadia do utente no internamento); em unidades de ambulatório, o enfermeiro de referência gere os cuidados de um episódio específico (possivelmente por apenas algumas horas) ou durante um período de tempo extenso.

Tendo em conta que o enfermeiro de referência não pode estar permanentemente no serviço, trabalha em cooperação com outros enfermeiros que o substituem nas suas ausências, “os enfermeiros associados”, que deverão ser os mesmos para cada utente (Costa, 2004). Ou seja, quando o enfermeiro de referência não se encontra no serviço e fica impossibilitado de prestar cuidados a determinado utente, é substituído por um dos enfermeiros associados, previamente atribuídos, e serão eles a prestar os cuidados, durante a sua ausência. Cabe ao enfermeiro de referência fornecer orientações e coordenar a atividade dos enfermeiros associados que participam na prestação de cuidados ao utente (Dossena, Orlando, Di Leo, Roveda & Grossi, 2010), garantindo a continuidade da prestação de cuidados (Frederico & Leitão, 1999). Já os enfermeiros associados ficam responsáveis pela implementação dos cuidados planeados pelo enfermeiro de referência, quando o mesmo não se encontra ao serviço (Carmona & Laluna, 2002), devendo existir uma relação de estreita colaboração entre o enfermeiro de referência e os enfermeiros associados (Frederico & Leitão, 1999). Os enfermeiros associados seguem o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro de referência, apenas com os mínimos desvios necessários que mudanças nas circunstâncias exigem. Qualquer enfermeiro que substitua o enfermeiro de referência é, com certeza, confiável para usar o seu bom julgamento em favor do utente (Manthey, 1973).

Os princípios do modelo *primary nursing*, originalmente enunciados por Manthey (1973), são:

- 24 Horas de tomada de decisão pelo enfermeiro de referência, para vários utentes;
- Atribuições de enfermagem baseadas em habilidades precisas pelos utentes;
- Enfermeiro de referência como responsável pelo planeamento de cuidados e prestador de cuidados;
- Comunicação cuidador-cuidador;
- Enfermeiro de referência num papel crucial como líder, clínico, validador e facilitador da comunicação.

Nos serviços onde vigora o modelo *primary nursing* o poder é exercido pelos enfermeiros, independentemente de classes ou posições na hierarquia, contrariamente ao que se verifica noutros modelos de prestação de cuidados, nomeadamente nos modelos funcional e individual, nos quais o poder se mantém em posições hierárquicas superiores (McMahon, 1990). Assim, como referem Frederico e Leitão (1999), “este método permite ao enfermeiro utilizar todas as suas capacidades necessárias para avaliar as necessidades dos doentes e estabelecer o plano de cuidados adequado” e o enfermeiro “tem também a responsabilidade de coordenar e executar os cuidados globais” (p. 165). Apesar destes autores admitirem que o modelo *primary nursing* é o que melhor responde à satisfação das necessidades do utente, à autonomia e capacidade de decisão dos enfermeiros, reconhecem que exige maior preparação teórica dos enfermeiros e uma grande flexibilidade na sua implementação.

O enfermeiro de referência é, portanto, responsável pela prestação direta de cuidados ao utente e pela coordenação dos cuidados prestados pelos enfermeiros associados, na sua ausência, entre outras funções. Como é referido por Cunha e Neto (2006), o enfermeiro, como gestor da assistência de enfermagem prestada ao utente, requer o conhecimento, as habilidades e as atitudes que possibilitarão que exerça o seu trabalho visando resultados eficientes. Para ser efetivo como líder, o enfermeiro deve possuir atributos importantes para a tomada de decisão e a resolução de problemas como habilidades comunicacionais, deve se constituir modelo e exemplo no desempenho da função, ter visão e empoderamento e, ainda, suportar e apoiar a equipa (Harding, 2010). Na opinião de Ruthes e Cunha (2009), “os enfermeiros já demonstraram o perfil para responder às exigências impostas pelo mercado de trabalho de saúde, uma vez que a própria formação do enfermeiro abrange o conhecimento técnico-assistencial acompanhado da prática gerencial” (p. 904), tal como Thompson (2009)

que defende que todos os enfermeiros são profissionais treinados e todos têm um certo grau de potencial de liderança inexplorado. Assim, todos os enfermeiros são líderes potencialmente emergentes (MacLeod, 2012).

O modelo *primary nursing* inclui uma tomada de decisão descentralizada com responsabilidade, autoridade, prestação de contas ao nível da ação, o uso do processo de enfermagem como base para a prática e a comunicação direta pessoa a pessoa (Culpepper, Sinclair & Mason-Betz, 1986). Pinheiro (1994) refere, de facto, que a estrutura decisional está descentralizada, no entanto, a responsabilidade só pode ser assumida pelo enfermeiro preparado para a tomada de decisão. O desafio no modelo *primary nursing* é, então, baseado na opção do enfermeiro se constituir responsável pela pessoa, num contexto ambiental complexo, ao longo da relação enfermeiro-pessoa (Smith, 1996).

Na perspetiva de Carmona e Laluna (2002), o sistema de aplicação de cuidados por enfermeiro de referência trata-se de um modelo personalizado que envolve conhecimento científico e que proporciona autonomia e responsabilidade, podendo constituir-se um contributo para que a enfermagem conquiste o seu espaço e para que a forma de intervir no processo saúde-doença tenha impacto.

No entanto, Salvage (como cit. em Bowers, 1989) critica o conceito de responsabilidade individual aplicada à enfermagem, ao defender que o trabalho desenvolvido é influenciado por diversos fatores para além do desempenho do enfermeiro que presta cuidados, nomeadamente, pelos níveis de pessoal, alocação de recursos, entre outros.

Num ambiente organizacional complexo no qual se cruzam diversos grupos profissionais, o modelo *primary nursing* procura simplificar as linhas organizacionais de comunicação ao atribuir ao enfermeiro de referência a função de ponto de apoio, no dia a dia, para a comunicação interdisciplinar sobre os seus utentes (Bowers, 1989). Desta maneira, Bowers defende que o modelo *primary nursing* fortalece o elo de ligação entre todos os membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente, ao oferecer ao médico-enfermeiro uma relação de parceria, em vez de dominação/deferência.

Neste modelo de cuidados, como defendido por King, o foco de enfermagem é o utente e pretende-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, e que neles participe o mais ativamente possível (Pinheiro, 1994). De facto, o modelo *primary nursing* envolve uma relação básica de um para um entre o enfermeiro e o utente e, assim, a assistência é individualizada (Nissen, Boumans & Landeweerd, 1997). Este método de organização dos cuidados ganha força numa perspetiva da enfermagem centrada no ser

humano e a relação enfermeiro-pessoa estende-se no espaço-tempo e cresce em complexidade (Smith, 1996).

Contemporaneamente, a satisfação dos utentes é encarada como um indicador da qualidade dos cuidados, constituindo-se um propósito premente das instituições de saúde. Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001) definem a “satisfação do utente como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos” (p. 70).

Já Johansson, Oléni e Fridlund (2002) definem oito domínios que têm influência sobre a satisfação do utente com os cuidados de enfermagem: o suporte sócio-demográfico dos utentes, as expectativas dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, o ambiente físico, a comunicação e informação, a participação e o envolvimento, as relações interpessoais entre o enfermeiro e o utente, a competência do enfermeiro e a influência da organização de cuidados de saúde nos utentes e nos enfermeiros.

Na opinião de Can, Akin, Aydiner, Ozdilli e Duma (2008), as relações interpessoais constituem-se as mais importantes entre os fatores básicos que contribuem para a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, sendo nomeados como importantes pelos mesmos: o respeito por eles demonstrado, as respostas às suas perguntas, o sincero interesse demonstrado por eles e o conhecimento demonstrado pelos enfermeiros sobre a sua condição. Também Wan, Hu, Thobaden, Hou e Yin (2011) consideram que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem está intimamente relacionada com o relacionamento interpessoal entre os utentes e os enfermeiros, valorizando o atendimento contínuo e individualizado e a competência e comunicação dos enfermeiros.

Assim, a chave oferecida por este modelo para a sua assunção baseia-se, fortemente, na influência que o mesmo pode exercer na satisfação dos utentes e na implementação do processo de enfermagem que proporciona condições importantes para o planeamento dos cuidados, com base na avaliação profissional (Fairbrother, 2010).

### *2.1.1. Evolução histórica do modelo primary nursing.*

As origens do modelo *primary nursing* são encontradas nos Estados Unidos da América (Pontin, 1999). O termo “primary nursing” foi mencionado em 1959, por Russell Barton, no seu trabalho sobre neuroses institucionais (Bowers, 1989), porém, foi desenvolvido em 1968, na Universidade dos Hospitais de Minnesota e descrito, pela primeira vez, num jornal profissional, em 1970, por Manthey, Ciske, Robertson e Harris (Manthey, 2009). De facto, a maioria da literatura relativa ao modelo *primary nursing* credita a sua

origem a Marie Manthey (Bowers, 1989). Fairbrother (2010), todavia, defende que este modelo surgiu na época de Florence Nightingale e se constituiu o principal método de prestação dos cuidados, no mundo ocidental, até aos anos 30. O mesmo autor refere que este modelo ressurgiu na década de 1970, nos Estados Unidos da América, e na década de 1980, na Austrália, com o movimento de enfermagem para a preparação de graduação académica.

É certo, no entanto, que Manthey foi a criadora da popularidade do modelo, com as suas descrições de como a própria o havia implementado, nos anos 60, na Universidade dos Hospitais de Minnesota (Bowers, 1989). Apesar de lhe ser creditada, em larga escala, a origem do conceito *primary nursing*, a mesma valoriza o trabalho pioneiro de Lydia Hall no Loeb Centre, em Nova Iorque, durante os anos 60, como uma grande influência (Pontin, 1999).

No final dos anos 70, verificou-se um marcado interesse pelo modelo *primary nursing*, como um sistema de prestação de cuidados, no entanto, pouca informação estava disponível na literatura que refletisse com precisão a natureza complexa deste modelo inovador (Manthey, 2009). Na opinião de Bowers (1989), não é coincidência que a origem do modelo *primary nursing*, em termos de tempo, esteja firmemente ligada à importância crescente do processo de enfermagem e à aplicação de métodos científicos na enfermagem. O autor chega, mesmo, a defender que a popularidade e a receção favorável deste modelo está firmemente ligada à implementação do processo de enfermagem sendo o conceito-chave central de ambos a assistência individualizada ao utente. Outro desenvolvimento paralelo que se verificou, na altura, foi o aumento da investigação em enfermagem, o que terá contribuído, fortemente, para a assunção do modelo, tendo em consideração as evidências empíricas (Bowers, 1989).

O sistema de prestação de cuidados por enfermeiro de referência começou a ser difundido pelos Estados Unidos da América, aplicado por enfermeiros inspirados em melhorar o atendimento ao utente (Manthey, 2009). Teve destaque na Inglaterra, no início dos anos oitenta, e permanece o principal modelo de atenção de enfermagem empregado nos hospitais australianos, atualmente (Fairbrother, 2010).

Manthey (como cit. em Carmona & Laluna, 2002) atribui ao “primary nurse”, enfermeiro de referência, enfermeiro principal, enfermeiro responsável ou enfermeiro primário, a responsabilidade pela prestação e gestão de cuidados a um utente ou grupo de utentes, elaborando o seu plano de cuidados e garantindo a sua implementação. Para Manthey (2009), os princípios fundamentais do modelo *primary nursing* foram revolucionários: pela primeira vez na história da enfermagem hospitalar, explícita responsabilidade e autoridade no cuidado a utentes específicos foram, claramente, atribuídos a um enfermeiro específico.

O modelo *primary nursing* pode, portanto, ser visto como parte da busca da enfermagem por identidade, *status* e poder, ao prometer aos enfermeiros a mudança, no sentido de trabalhar no seu próprio direito, tomando decisões, sobre os seus utentes, de forma independente (Bowers, 1989). De facto, a autonomia profissional dos enfermeiros tem sido cada vez mais valorizada desde os anos 80, com a implementação do processo de enfermagem (Fairbrother, 2010). O modelo *primary nursing* pode, então, contribuir para que a enfermagem siga na rota do profissionalismo, tendo em conta a autonomia e responsabilidade pelos cuidados que é imputada aos enfermeiros (Manthey, 1973).

### *2.1.2. Aplicação do modelo primary nursing na prática de cuidados de saúde.*

A base do conceito do modelo *primary nursing* consiste na atribuição de cada utente a um enfermeiro que assume a responsabilidade de avaliação de necessidades, planeamento, coordenação e avaliação dos cuidados, geralmente, durante todo o período de internamento do utente (Nissen et al., 1997).

Cada enfermeiro de referência é totalmente responsável pelos cuidados de enfermagem prestados a três ou quatro utentes; após decidir que cuidados de enfermagem necessitam, o enfermeiro regista as suas decisões no plano de cuidados. Toda a informação, acerca do utente, que os enfermeiros associados possam necessitar, é disponibilizada pelo enfermeiro de referência, de forma escrita, no processo de cada utente (Manthey, 1973). Bowers (1989) salienta que o enfermeiro de referência poderá atuar, também, como enfermeiro associado de outros grupos de utentes que não os colocados sob sua responsabilidade.

Na perspetiva de Costa (2004), ao enfermeiro de referência cabe:

- Efetuar a colheita de dados, o diagnóstico e o planeamento dos cuidados;
- Assegurar a continuidade de cuidados, através da elaboração de planos escritos;
- Planear a alta (preparação do utente e família para o regresso a casa e encaminhamento apropriado), desde o momento da admissão;
- Prestar cuidados durante o seu turno de trabalho;
- Transmitir aos enfermeiros associados toda a informação pertinente, através dos registos de enfermagem respeitantes a cada utente;
- Coordenar o trabalho dos enfermeiros associados;

- Coordenar as atividades de outros intervenientes da equipa de saúde, para evitar duplicações e excessiva solicitação do utente e para assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde;
- Avaliar as intervenções de enfermagem implementadas.

Nos locais onde o modelo *primary nursing* é adotado, o repto à aplicação do modelo, na prática de cuidados, é satisfeito, pelos enfermeiros, com abertura e sensibilidade para com os outros, respeito pelas pessoas e valorização do direito de cada pessoa à autodeterminação (Smith, 1996). Um estudo dirigido em Itália, em 2010, com vista a compreender se os enfermeiros se encontravam preparados para iniciar a aplicação do modelo *primary nursing* na sua prática, demonstrou que os enfermeiros pareciam estar disponíveis para testar o novo modelo de cuidados de enfermagem, no entanto, demonstravam um estado crítico devido a dificuldades relacionais, pouca confiança na sensibilidade dos colegas, salientando a importância da comunicação e das relações interpessoais no ambiente profissional. A experiência e as qualificações não influenciavam a abordagem ao novo modelo e, deve-se ressaltar que, a maioria dos enfermeiros não percebia a necessidade de mudança (Dossena et al., 2010). Laakso e Routasalo (2001) verificaram, no seu estudo, que alguns enfermeiros, nos estádios iniciais da mudança para a prestação de cuidados por enfermeiro de referência, mostraram sinais de resistência.

Frederico e Leitão (1999) defendem que, “na prática, o modelo *primary nursing* é muitas vezes de difícil implementação, pela falta de pessoal de enfermagem que por vezes se verifica nas nossas unidades de cuidados; pelo tipo de horários praticados, bem como pelas trocas de horários” (p.166). De facto, o sucesso da implementação do modelo *primary nursing* requer, não apenas, uma nova organização dos serviços de saúde, das estruturas administrativas e da filosofia da gestão mas, também, uma transformação muito mais desafiadora de papéis e relações (Manthey, 2009). A mesma autora salienta, ainda, que o grande desafio deste modelo é que implementar e manter um alto nível de sofisticação da prática exige gestores altamente qualificados e líderes em todos os níveis da organização.

Os maiores desafios que se colocam à implementação do modelo *primary nursing* nos serviços de saúde incluem os tempos de internamento mais curtos, o aumento do número de cargos a tempo parcial e mudanças frequentes e inconstantes, combinado com a contínua necessidade pragmática de prestar cuidados holísticos e coordenados a seres humanos (Manthey, 2009). A mesma autora refere que vários mitos erróneos foram criados em redor do modelo, entre eles ser um método mais dispendioso e a duração do internamento exercer um impacto adverso no seu sucesso.

Contrariando estes mitos, quanto ao custo do método, a autora defende que, se uma unidade está adequadamente dotada em termos de elementos de enfermagem em função das necessidades e do volume de utentes num determinado sistema de prestação de cuidados, então, também, está adequadamente dotada para a aplicação do modelo *primary nursing*, pois um sistema de prestação de cuidados não cria mais trabalho mas, simplesmente, reorganiza o trabalho. No que toca à duração do internamento, o enfermeiro de referência pode assumir a responsabilidade de gerir os cuidados de um utente específico num curto episódio de tempo ou por um tempo indefinido, num serviço de cuidados de longa duração, pois, em qualquer dos casos, a gestão dos cuidados (incluindo coordenação e comunicação) é, igualmente, uma manifestação de responsabilidade profissional.

Sendo o modelo *primary nursing* baseado num modelo conceptual, a forma como é implementado e utilizado na prática pode diferir entre instituições de saúde (Nissen et al., 1997). Na verdade, existem várias ideias ligeiramente diferentes sobre a melhor forma de o aplicar (Bowers, 1989).

Diversos estudos têm sido dirigidos no sentido de validar as vantagens outorgadas, na literatura, ao modelo *primary nursing* face a outros modelos de prestação de cuidados.

Desde que o conceito do modelo *primary nursing* foi introduzido por Manthey, Ciske, Robertson e Harris nos anos 60/70, os investigadores reconheceram múltiplos benefícios da sua aplicação na prática de cuidados.

Diversos autores comprovaram, nos seus estudos, o aumento da satisfação profissional dos enfermeiros, com a introdução do modelo *primary nursing* nos serviços de saúde (Dossena et al., 2010; Nissen et al., 1997; Sellick et al., 2003).

Boitshwarelo (2003) realizou um estudo na Austrália, junto de enfermeiros, acerca da aplicação do modelo *primary nursing* e os oito aspetos que emergem parecem ser interdependentes e suportar-se mutuamente e são comprovados, também, por outros investigadores: envolvimento, reconhecimento do esforço individual, independência, desenvolvimento pessoal do enfermeiro, intensidade da relação enfermeiro-utente/família, isolamento, construção de relacionamentos e apoio.

Verifica-se um aumento do envolvimento dos enfermeiros (Alcock, Lawrence, Goodman & Ellis, 1993; Boitshwarelo, 2003; Thomas, 1992), ou seja, sentem que estão diretamente envolvidos nos cuidados aos seus utentes à medida que são capazes de tomar decisões independentes, relativas aos cuidados, e são responsabilizados pelos cuidados que planeiam e prestam (Boitshwarelo, 2003).

Os enfermeiros sentem-se, de facto, mais autónomos e livres para usar a sua capacidade de tomada de decisão que anteriormente (Alcock et al., 1993; Laakso & Routasalo, 2001; MacGuire & Botting, 1990; Melchior et al., 1999; Thomas, 1992), assumem total responsabilidade pelos cuidados aos seus utentes e são mais propensos a desenvolver e atualizar planos de cuidados e a implementar e avaliar os cuidados por si mesmos (Boitshwarelo, 2003). Comprova-se que, nas unidades nas quais se aplica o modelo *primary nursing*, os enfermeiros dão mais atenção à execução de um planeamento (Sellick et al., 2003). Assim sendo, este modelo contribui para o desenvolvimento da profissão e para a promoção do processo de enfermagem (Gardner, 1991).

Quanto ao reconhecimento do esforço individual, os enfermeiros de referência sentem que os colegas e outros membros da equipa de saúde valorizam o seu trabalho, procuram e respeitam as suas opiniões, o que aumenta o seu ânimo (Boitshwarelo, 2003). Laakso e Routasalo (2001) comprovaram, de facto, que os profissionais de enfermagem demonstram maior motivação para o trabalho quando laboram sob o modelo de prestação de cuidados *primary nursing*. Decorrente da oportunidade que lhes é dada de expressar opiniões, participar nas tomadas de decisões e definir a sua posição no local de trabalho, os enfermeiros de referência mostram-se significativamente mais satisfeitos com o seu trabalho (Sellick et al., 2003).

Quando se refere à independência, Boitshwarelo (2003) refere que a maioria dos participantes do estudo sentiu que era mais capaz de assumir responsabilidade sob o modelo *primary nursing* do que sentia com outros modelos que havia experienciado anteriormente. Também Jonsdottir (1999) confirmou que os enfermeiros se mostram mais ambiciosos e responsáveis quando laboram em unidades onde vigora o modelo *primary nursing*. A maioria dos enfermeiros de referência mostra satisfação pela responsabilidade que lhe é atribuída em oposição a outros que veem essa responsabilidade como ameaçadora (Boitshwarelo, 2003).

Jonsdottir (1999) confirmou, no seu estudo, que, ao abrigo do modelo *primary nursing*, os responsáveis dos serviços de saúde apresentam sensibilidade à carga de trabalho atribuída aos profissionais de enfermagem. O modelo *primary nursing* permite, ainda, que os enfermeiros usem as suas máximas capacidades e expressem a sua individualidade e criatividade, possibilitando, assim, o crescimento pessoal e o desenvolvimento de habilidades (Boitshwarelo, 2003).

A relação de um para um promovido por este modelo (enfermeiro-utente/família) é muito intensa; alguns enfermeiros descrevem sentir-se deveras preocupados com os problemas dos seus utentes, o que provoca stresse (Boitshwarelo, 2003; MacGuire & Botting,

1990). Esse envolvimento intenso é, também, justificado pelos altos requisitos em tempo e conhecimento que são exigidos ao enfermeiro de referência, pela responsabilidade que lhe é atribuída em relação aos cuidados que planeou e prestou (Boitshwarelo, 2003). Ao limitar o número de utentes atribuídos a um enfermeiro particular e aumentar o tempo despendido pelo último com os mesmos (Bowers, 1989), o modelo *primary nursing* leva a que o utente tenha maior vínculo com o enfermeiro de referência, estabelecendo-se uma relação mais próxima entre ambos (Magalhães & Juchem, 2000). Frederico e Leitão (1999) defendem que esta relação mais profunda entre enfermeiro e utente proporciona maior segurança.

A somar às melhorias já apontadas, decorrentes da introdução do modelo *primary nursing* na prática de cuidados, verifica-se um decréscimo significativo do número de erros cometidos por enfermeiros, comparando com unidades de cuidados de enfermagem em equipa (Daeffler, 1975).

Boitshwarelo (2003) ressalta que o suporte é essencial para a boa aplicação do modelo *primary nursing* nos serviços, com vista a diminuir o stresse e ansiedade da equipa de enfermagem. O autor realça que as reuniões para discussão de casos com os enfermeiros associados e o apoio académico emergiram como fortemente importantes neste modelo. Thomas (1992) comprovou, na prática, a existência de um suporte adequado aos enfermeiros a laborar sob o modelo *primary nursing*.

Remetendo, agora, para as implicações que a aplicação do modelo *primary nursing* acarreta para os utentes, inúmeros investigadores demonstraram um aumento significativo da qualidade dos cuidados de enfermagem recebidos pelos utentes, como consequência da introdução do modelo (Archibong, 1999; Culpepper et al., 1986; Gardner, 1991; Johansson et al., 2002; Nissen et al., 1997). A opinião dos enfermeiros vai de encontro aos resultados dos estudos, tendo em conta que estes acreditam que a prestação de cuidados por enfermeiro de referência aumenta a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Jonsdottir, 1999).

Além do aumento da qualidade dos cuidados, diversos estudos comprovaram que a introdução do modelo *primary nursing*, na prática de enfermagem, aumenta a satisfação dos utentes (Gardner, 1991; Johansson et al., 2002; Jonsdottir, 1999; Nissen et al., 1997; Sellick et al., 2003).

Chaves et al. (2012) defendem que a satisfação dos utentes se relaciona “(. . .) sobretudo com a qualidade e o tipo de relação estabelecida entre este e o profissional” (p. 49). Um maior nível de satisfação do utente foi atribuído ao aumento do tempo despendido pelo enfermeiro junto do utente (Keleher, Parker, Abdulwadud & Francis, 2009). Laakso e Routasalo (2001) mostram que, após a aplicação do modelo *primary nursing* na prática de

cuidados, os enfermeiros despendem mais tempo com os utentes e se apresentam mais amáveis com os mesmos, o que poderá influenciar a sua satisfação.

Comprovou-se, ainda, que os enfermeiros desenvolvem relações próximas com os seus utentes e os utentes/familiares reconhecem quem são os seus enfermeiros de referência, resultantes da proximidade e da intensidade da ligação (Boitshwarelo, 2003). Mais, os próprios utentes percebem a receção de cuidados individualizados, notada nas unidades onde vigora o modelo *primary nursing*, através da identificação de uma equipa restrita de enfermeiros que lhes prestaram cuidados (Sellick et al., 2003; Watson, 1978).

Como é referido por Magalhães e Juchem (2000), mediante uma avaliação mais detalhada de cada um dos seus utentes, o enfermeiro detém maior conhecimento e subsídios para tomar decisões acerca dos cuidados a serem realizados. Assim, a relação de proximidade enfermeiro/utente/família propicia aos enfermeiros de referência um melhor conhecimento dos utentes (MacGuire & Botting, 1990; Sellick et al., 2003; Thomas, 1994), proporcionando, de forma comprovada, a prestação de cuidados individualizados, pela centralidade nas necessidades individuais do utente (Archibong, 1999; Dossena et al., 2010; Jonsdottir, 1999). De facto, diversos autores confirmaram que os enfermeiros, nas unidades onde vigora o modelo *primary nursing*, tratam os utentes respeitando a sua individualidade e dão-lhes maior poder nas tomadas de decisão (Alcock et al., 1993; Laakso & Routasalo, 2001). Sellick et al. (2003) corroboram estes resultados ao verificar que nas unidades onde vigora o modelo *primary nursing* os enfermeiros apresentam maior propensão a dar informações ao utente sobre a sua doença/condição e tendem a contribuir mais para uma experiência positiva de hospitalização. Os utentes demonstram, realmente, estar significativamente melhor informados sobre a sua doença e outros aspetos dos cuidados quando cuidados por um enfermeiro de referência (Daeffler, 1975).

É, também, identificada, como melhoria decorrente da aplicação do modelo *primary nursing* na prática de cuidados, a continuidade de cuidados (Dossena et al., 2010; Frederico & Leitão, 1999; Jonsdottir, 1999) que, como defendido por Magalhães e Juchem (2000), se baseia na implementação do plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro de referência e na efetiva comunicação do mesmo com os enfermeiros associados.

Verifica-se, ainda, nas unidades em que vigora o modelo *Primary Nursing*, um decréscimo significativo dos níveis de ansiedade (Blair, Sparger, Walts & Nijhuis, 1982), dos níveis de agitação dos utentes (Wilson & Dawson, 1989) e os mesmos demonstram um sentimento de segurança (Jonsdottir, 1999; Sellick et al., 2003).

A prestação de cuidados sob este modelo de prestação de cuidados promove, assim, o bem-estar dos utentes e a sua saúde e contribui para que sintam que estão a receber a ajuda que necessitam, no momento certo (Sellick et al., 2003).

Os utentes encaram o enfermeiro de referência como um confidente, que cuida deles e no qual podem confiar, como verificaram Laakso e Routasalo (2001).

Os serviços de saúde nos quais vigora o modelo *primary nursing* apresentam um constante refinamento do sistema (Jonsdottir, 1999) e Gardner (1991) comprovou a redução de gastos hospitalares com a implementação do modelo *primary nursing*. Verifica-se uma melhor relação de custo-benefício (Nissen et al., 1997).

Como referem Frederico e Leitão (1999), cabe ao enfermeiro de referência “ser o elo de ligação com a família do doente, mantendo-a informada e implicando-a no tratamento do doente” (p. 166). No que toca aos benefícios para a família, Alcock et al. (1993) comprovam, de facto, que o modelo *primary nursing* oferece, aos membros da família, oportunidade para assumirem um papel ativo no cuidado ao utente, no estabelecimento de objetivos com o enfermeiro de referência e para fazer algo de concreto pelo utente. Sellick et al. (2003) corroboram estes resultados, ao verificar que, nas unidades onde vigora o modelo *primary nursing*, os enfermeiros comunicam mais com a família do utente e Watson (1978) comprovou que os utentes sobressaem que os enfermeiros mostram maior consideração para com a família. Magalhães e Juchem (2000) referem que “o enfermeiro principal é a referência do paciente e de sua família” (p. 11).

Apesar da aceitação generalizada do modelo *primary nursing*, alguns autores referem, contudo, que há pouca evidência empírica da superioridade deste modelo de organização de cuidados sobre outros regimes organizacionais (Nissen et al., 1997; Sellick et al., 2003).

Alguns estudos defendem que não existe diferença estatisticamente significativa entre a satisfação dos utentes internados em unidades nas quais vigora o modelo *primary nursing* e em unidades nas quais se aplicam cuidados de enfermagem em equipa (Chavigny & Lewis, 1984; Ventura, Fox, Corley & Mercurio, 1982).

Quanto à satisfação profissional, Thomas (1992) e Adams, Bond e Hale (1998) não encontraram diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos enfermeiros com o trabalho, comparando diversos métodos de prestação de cuidados.

Shukla (1981) comprovou, ainda, que os enfermeiros a trabalhar com o modelo *primary nursing* cometiam significativamente mais erros do que os enfermeiros numa unidade de cuidados de enfermagem em equipa. Contrariando os resultados obtidos anteriormente, Shukla e Turner (1984) não encontraram diferenças significativas, tendo em conta as

negligências no cuidado observadas pelos utentes, entre serviços nos quais vigora o modelo *primary nursing* e outros nos quais a metodologia de prestação de cuidados de enfermagem em uso é a de equipa.

Apesar do modelo *primary nursing* se promover, em parte, pela relação estreita enfermeiro-utente que propicia, Bowers (1989) aponta desvantagens ao mesmo: o enfermeiro pode tornar-se excessivamente envolvido ou sobre identificado com um dos seus utentes, o que poderá ser custoso para o mesmo. Para além disso, Alcock et al. (1993) encontraram uma falha no suporte aos enfermeiros a laborar sob esse modelo.

Acrescentar, ainda, que os enfermeiros que trabalham sob este modelo de prestação de cuidados referem que, muitas vezes, estão tão ocupados com os seus utentes e concentrados nos cuidados que se torna difícil conhecerem o que se passa na enfermaria como um todo; assim, este modelo pode levar a uma diminuição do espírito de equipa e a que os enfermeiros de referência se sintam isolados (Boitshwarelo, 2003).

No que toca aos gastos hospitalares, alguns investigadores não encontraram diferenças significativas nos custos das horas de enfermagem prestadas ao abrigo deste modelo, em comparação com as praticadas nas unidades de enfermagem em equipa (Chavigny & Lewis, 1984; Wilson & Dawson, 1989).

Finalmente, apesar da existência de estudos contraditórios, atendendo às inúmeras melhorias atribuídas à introdução deste modelo na prática de cuidados e à diminuta verificação de desvantagens outorgadas ao método, comprovadas por diversas investigações, Bowers (1989) defendeu que o mesmo se poderia tornar o método aceite de organização dos cuidados de enfermagem.

### *2.1.3. Aplicação do modelo primary nursing na assistência à mulher/recém-nascido/família, durante o trabalho de parto e o período pós-parto.*

O percurso individual de saúde de cada um não é constante e tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes. Ao longo do ciclo vital da família verificam-se transformações previsíveis na organização familiar tendo em conta a consecução de tarefas bem definidas; estas mudanças ocorrem em cinco etapas sucessivas: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Relvas, 2000).

A gravidez, que medeia a formação do casal e a família com filhos pequenos, está finitamente delimitada por um período de aproximadamente 40 semanas, entre a concepção e o parto, e define-se como um período de adaptação biológica, psicológica e social, constituída

por determinadas tarefas desenvolvimentais específicas, cuja consecução influi direta ou indiretamente no êxito obtido na adaptação à maternidade. De facto, como defendido por Colman e Colman (1994), a “gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio” (p. 13). A gravidez e a maternidade constituem-se, assim, períodos críticos que proporcionam janelas de oportunidade, ou seja, oportunidades de intervenção especializada pelo EESMOG, representando a existência de um enfermeiro de referência a oportunidade de estabelecer com a mulher/casal/família uma relação estreita.

Graça (2010) defende que “a transição para a maternidade é exigente para as mulheres, sendo as enfermeiras os profissionais que mais privam e interagem com aquelas, durante a gravidez e após o parto, com possibilidade de estabelecerem relações de confiança e terapêuticas (. . .)” (p. 4). De facto, o nascimento de um filho leva o casal a enfrentar uma nova realidade, com repercussões comportamentais, relacionais, cognitivas e emocionais. Tornar-se mãe e pai é uma transição crítica, tendo implicações no seu bem-estar individual, conjugal e familiar e, também, no desenvolvimento do bebé. Meleis et al. (2000) descreve as experiências de doença e o desenvolvimento dos processos de vida, nomeadamente na gravidez, nascimento, parentalidade, adolescência, menopausa, velhice e morte e as transições culturais e sociais, como transições passíveis de tornar as pessoas vulneráveis.

Apesar do nascimento de um filho ser um acontecimento que envolve o casal e sua família, pais e mães tendem a adaptar-se de forma distinta, decorrente de vários fatores como as suas características pessoais, do bebé e do contexto social mais alargado (Belsky, 1984). Homens e mulheres iniciam a transição para a parentalidade de forma separada e distinta, com diferentes percursos individuais, procurando, contudo, atingir um objetivo comum: a formação de uma família (Cowan et al., 1985).

A parentalidade constitui-se uma área de atenção relevante para a enfermagem e é encarada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) como:

Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (p. 66).

Relvas (2000) associa a parentalidade a sentimentos de alegria e satisfação revelando-se numa função social e afetiva compensadora e um meio através do qual o indivíduo atinge a realização pessoal e se completa enquanto ser humano. O nascimento do bebê leva o casal a incorporar novas identidades e papéis, sendo a transição para a parentalidade fortemente influenciada pelos profissionais de saúde em obstetrícia, especialmente pelo EESMOG.

Durante a gravidez, nomeadamente nos CPPP, a mulher/casal/convivente significativo aprendem, praticam e desenvolvem comportamentos referentes ao papel parental. Na generalidade dos casos, é atribuída à mulher um papel preponderante na prestação de cuidados ao RN. Assim, o processo de transição para a parentalidade tem sido considerado, pela literatura internacional, como a crise mais importante na vida da mulher, implicando adaptações relevantes a curto e médio prazo.

Estão incluídas nas competências cognitivo-motoras do processo parental as atividades de cuidar da criança como o alimentar, segurar/acarinhhar, vestir, cuidar da higiene, proteger do perigo e promover a mobilidade. Estas competências são influenciadas pela experiência pessoal da mãe e pai e pela sua cultura (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999). Quando confrontados com a realidade da gravidez e, posteriormente, com o nascimento do bebê, os pais sentem necessidade de aprender a realizar as diferentes tarefas parentais e, quando colocados em prática, inúmeras vezes, surgem dificuldades.

Cabe ao EESMOG, a desenvolver a sua prática profissional nos CSP e nos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), a função de preparar as mulheres/casais para o desempenho, em pleno, do papel parental, atendendo ao nível de conhecimentos e competências que possuem. A existência de um enfermeiro de referência na área da saúde materna e obstetrícia, não apenas nos CSP mas também nos CSH, é favorecedora do estabelecimento de um processo de ensino/aprendizagem efetivo, atendendo a que potencia a contratualização de metas com a utente/casal/família e a realização de avaliações periódicas das intervenções, para além de possibilitar um melhor conhecimento, por parte do enfermeiro, sobre a utente/casal/família e o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-utente.

No sentido contemporâneo, a obstetrícia ocupa-se da reprodução humana e é seu intuito promover a saúde e o bem-estar da grávida bem como do seu feto, inseridos na família e comunidade, através de cuidados pré-natais de qualidade, os quais consistem na identificação e tratamento de complicações, supervisão do TP e do nascimento, atenção ao RN e condução do puerpério (Cunningham et al., 2012).

O conceito de parto corresponde ao conjunto de fenómenos que conduzem à expulsão do feto e anexos (placenta e membranas) para o exterior do útero (Bobak et al., 1999). O

modo como principia o TP é variável de mulher para mulher, podendo ser facilmente perceptível o seu início ou causar dúvida. Geralmente, o TP é acompanhado por dor que é definida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) como:

Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. (p. 50).

A dor do trabalho de parto é, contudo, definida de forma mais específica pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) como uma “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto” (p. 50).

De acordo com Bobak et al. (1999), o TP engloba quatro períodos ou estadios que se sucedem: dilatação, descida e rotação do feto, expulsão da placenta e recuperação. O estadio da dilatação constituiu-se o período mais longo, subdivide-se nas fases latente, ativa e de transição, inicia-se com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. Este período é caracterizado pela sensação de desconforto ligeiro a intenso, denominada dor de período de dilatação cervical (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). O 2º período tem início com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto. A dor do período expulsivo consiste num “desconforto ligeiro a intenso (. . .), sendo a duração do desconforto constante quando o colo do útero está completamente dilatado” (p.50). Quanto ao 3º período, começa com o nascimento do bebé e finaliza com a saída da placenta, cujo valor máximo de tempo considerado dentro de limites normais se situa nos 45 a 60 minutos após o nascimento. Finalmente, o 4º período constituiu-se um período crítico para a mãe, fundamentalmente pelo risco de hemorragia. Tem início após a expulsão da placenta e dura, cerca de duas horas.

Para controlo da dor no TP, apresentam-se disponíveis, atualmente, medidas não farmacológicas e farmacológicas, podendo ser utilizadas em conjunto ou de forma isolada. Lowdermilk e Perry (2008) nomeiam, como opções não farmacológicas para alívio da dor de TP: a música, a hipnose, a aromaterapia, o biofeedback, a acupunctura, a acupressão, a estimulação nervosa transcutânea, o bloqueio intradérmico com água, a hidroterapia, o toque, a massagem, a aplicação de calor e frio superficial, a contrapressão, o movimento e as

mudanças de posição maternas. A implementação de diferentes tipos de respiração, consoante a fase de TP em que se encontra a parturiente, constitui-se, também, como referido por Coutinho (2004), uma estratégia para controlar a dor do TP.

Integradas nas estratégias farmacológicas, encontram-se as técnicas: sistémica, inalatória e loco-regional, nomeadamente a epidural e o bloqueio subaracnoideu, conhecido como raquianestesia. A analgesia de parto pelo método epidural teve início nos anos 60 (Walker & O'Brien, 1999) e constitui-se, na atualidade, como defendido por Brazão (2010), a técnica mais utilizada para alívio da dor de TP e que menos efeitos secundários produz sobre a fisiologia materna e fetal, quando aplicada criteriosamente.

Cabe ao EESMOG a aplicação ou colaboração com outros profissionais de saúde na execução de medidas de controlo da dor não farmacológicas e/ou farmacológicas, procurando, como fim último, o máximo conforto e bem-estar da mulher, convivente significativo e feto.

Na opinião de Kitzinger (1978), uma parte do que acontece durante o parto é instintiva e fisiológica, no entanto, o “trabalho de parto em si não é apenas um ato biológico, mas também um processo social” (p. 85), atendendo a que afeta a relação entre homem e mulher, entre grupos de descendência e define a identidade da mulher de uma nova forma.

Historicamente, o acompanhamento do TP ocorria em ambiente domiciliar, sendo a vigilância e assistência, ao mesmo, efetuada por mulheres denominadas, usualmente, “curiosas”. Estas constituíam-se, para a grávida e família, pessoas de confiança, pela experiência que haviam adquirido na assistência a outros partos. Como referem Crizóstomo, Nery e Luz (2007), no decorrer do século XX, mais precisamente após a II Guerra Mundial, o parto foi institucionalizado em meio hospitalar e, conseqüentemente, medicalizado, daí decorrendo o decréscimo das taxas de mortalidade e morbidade materna e infantil. Aroso (2011) constata que Portugal ocupa um dos lugares cimeiros do mundo em mortalidade materna e infantil. A moderna tecnologia, a criação de uma rede de referência e de um transporte apropriado somado à melhoria das instalações, à aquisição de equipamentos e à contratação dos indispensáveis técnicos traduziu-se na descida substancial da mortalidade materno-infantil.

Como é referido por Kitzinger (1978), a “mulher que vai ter o bebé tem de abandonar a sua casa, equivalente ao ninho dos animais, e de dar à luz entre pessoas que lhe são praticamente estranhas” (p. 143). Ora, a mulher deixou de vivenciar o momento do parto no seio familiar o que provocou, inevitavelmente, o afastamento da rede familiar e social do processo de nascimento. Atualmente, as instituições hospitalares, procuram diminuir este

isolamento proporcionando, à parturiente, a permanência, durante o TP, de um acompanhante, por si nomeado, geralmente, 24 sobre 24 horas.

O EESMOG tem a oportunidade de contribuir para o bem-estar da mulher/feto/RN e do seu companheiro e família, reconhecendo momentos críticos propícios de intervenção e mobilizando os seus conhecimentos e competências.

A admissão da mulher/casal/família no meio hospitalar é acompanhada de medos, angústias e expectativas. Cabe ao EESMOG efetuar o acolhimento da mulher e convivente significativo, demonstrando disponibilidade, incentivando a comunicação expressiva de emoções e procurando conhecer o que espera a mulher dos serviços de saúde e quais as suas expectativas, no que toca ao desenrolar do TP e do puerpério. Para a mulher ter a possibilidade de assumir um papel ativo no processo de nascimento e no pós-parto, o EESMOG deve procurar conhecer os seus desejos, medos e anseios, estabelecendo em parceria o plano de intervenção e os resultados a atingir. A promoção da implementação do modelo *primary nursing* em obstetrícia poderá contribuir para a criação de uma relação efetiva enfermeiro-utente, favorecendo o atingimento de metas e objetivos.

Outro fator que poderá contribuir para a consecução de uma experiência positiva de parto é, como já referido, a presença do companheiro no processo do nascimento, o que se tem tornado, nos últimos anos, cada vez mais, uma realidade. A participação ativa do pai na gravidez, no TP e no pós-parto é, hoje, considerada importante, não só pelo casal, mas também pela sociedade moderna. A promoção da participação do pai nos cuidados à mulher e ao RN contribui para a melhor consecução do papel de pai, entendido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) como o desempenho das “responsabilidades de ser o progenitor do sexo masculino na família, de acordo com o grupo social e a cultura do indivíduo” (p. 65).

No que respeita ao puerpério, correspondente ao intervalo de seis semanas pós-parto, ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez (Centeno, 2010). Apesar do puerpério, tradicionalmente, possuir a duração de seis semanas, este tempo varia de mulher para mulher, atendendo a que cessa com o retorno da mulher ao estado não grávido o que depende, em parte, das suas características individuais.

O período pós-parto é, para a mulher, marcado por dificuldades a vários níveis decorrentes, nomeadamente, da fisiologia do puerpério, do cuidar do RN e da adaptação a nível psicossociocultural.

Nas gerações antecessoras prevaleciam as famílias alargadas nas quais as jovens mulheres tinham a possibilidade de contactar com grávidas e adquirir conhecimentos e

habilidades nos cuidados a prestar ao RN. As novas famílias, de tipo nuclear, predominantes na atualidade, diminuem as oportunidades das mulheres em receber o legado geracional e vivenciar as experiências que envolvem a maternidade. Este facto é corroborado por Graça (2010), ao referir que “as aprendizagens relativas à maternidade, que eram efetuadas no seio das famílias de origem, face à alteração das dinâmicas sociais, ‘forçam’ a mulher e família a procurar contextos de aprendizagem alternativos ou complementares” (p. 158). Assim, os enfermeiros assumem, exponencialmente, a responsabilidade de apoiar no processo de transição para a parentalidade, ao possibilitar o desenvolvimento de competências, facilitando, assim, a integração do filho na família.

A díade mulher/RN permanece internada no serviço de obstetrícia, geralmente, por um período até 48 e 72 horas após o parto. Durante este tempo de puerpério, o enfermeiro de referência tem a oportunidade de colocar em prática o plano de cuidados que definiu junto da utente/casal/convivente significativo, enveredando esforços, particularmente, na consecução do papel parental. De facto, a continuidade de cuidados promovida pelo modelo *primary nursing* propicia a prossecução da aplicação do plano de cuidados, elaborado e atualizado pelo enfermeiro de referência, decorrente da avaliação dos cuidados prestados, contribuindo, assim, para o aumento de conhecimentos e competências dos casais no desempenho do seu papel como pais. O tempo de internamento no puerpério, apesar de limitado, é rico em aprendizagens pois é nesta fase que a mulher/casal vivencia as novas tarefas parentais e principia a sua reestruturação biopsicossocial. O apoio oferecido pelo EESMOG de referência à mulher internada em obstetrícia pode ser potencialmente favorecedor da criação de uma relação de confiança enfermeiro-utente. Esta relação próxima poderá contribuir para a mulher se sentir mais confortável na receção de cuidados íntimos prestados pelo EESMOG, a somar ao sentimento de segurança e à relação empática que é potenciada pela aplicação do modelo *primary nursing*. Especialmente no processo de amamentação, a estreita relação enfermeiro-utente potencia a exposição de medos, dúvidas e anseios pela mulher/casal/família, cuja resolução e esclarecimento podem contribuir decisivamente para o sucesso do AM.

Verifica-se, no período pós-parto, um processo de ajustamento a uma nova identidade (identidade paternal), de aprendizagem na adoção de um novo papel (de mãe e pai), de adaptação a um novo elemento familiar com identidade própria (o filho) e de reestruturação das relações familiares e sociais (Afonso, 2000). Cabe ao EESMOG auxiliar a mulher/casal a principiar o seu processo de reestruturação biológico, psicológico e social com vista a incorporar um novo ser na sua identidade, nas suas representações mentais, aprendendo a encará-lo com uma pessoa que vem de si mas que tem vida singular e fora de si. Mercer

(como cit. em Meighan, 2004) defende que são os enfermeiros os profissionais de saúde com “a interação mais sustentada e intensa com mulheres no ciclo da maternidade” (p. 527). O EESMOG desempenha, assim, uma função deveras importante na promoção da vinculação, definida como a “ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.79).

Bowlby (1982) define a vinculação como a tendência dos seres humanos criarem precocemente laços afetivos fortes com as figuras paternas e sofrerem perturbações cognitivo-emocionais graves, mais ou menos duradouras, em caso de perda ou de separação forçada dessas figuras vinculativas. Para Figueiredo (2003), a vinculação materna ao bebé trata-se de uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé e traduz-se num processo de adaptação mútua, no qual mãe e bebé participam ativamente.

Por outro lado, Mendes (2002) atribui o início do processo vinculativo ao período pré-natal, caracterizado por pensamentos da mulher sobre a gravidez e pela vontade de estabelecer uma relação com o bebé que está a gerar. Na perspetiva de Klaus e Kennel (1998) o contacto precoce na sala de partos é primordial para o estabelecimento do processo vinculativo. Esta interação fortalece o vínculo pré-existente e favorece o AM na primeira meia hora de vida. Os autores salientam, ainda, que a possibilidade de realizar o contacto precoce na sala de partos leva a melhores práticas de cuidados maternos, melhores indicadores de desenvolvimento infantil e menores dificuldades na relação futura mãe-filho.

O EESMOG deve centrar a sua assistência nas necessidades próprias da mulher/RN/família, promovendo a individualidade e a continuidade de cuidados, o que é potenciado, nomeadamente, através da prestação de cuidados por um enfermeiro de referência.

O cuidar da grávida/puérpera sob o modelo *primary nursing*, grangeia força ao respeitar, na sua essência, o conceito de cuidados personalizados. De facto, a existência de um enfermeiro de referência que assume para si a responsabilidade de planear e implementar cuidados especificamente traçados para corresponder às expectativas e necessidades da mulher internada promove o cuidar humanizado.

Cabe, pois, aos enfermeiros promover a autoestima da mãe, respeitando as crenças culturais, promovendo a interação mãe-bebé, ouvindo o que a mulher tem para dizer e motivando-a para a competência (Lopes & Fernandes, 2005).

Na área específica da obstetrícia, comprovou-se que a prática de cuidados contínuos de *primary nursing*, uma modalidade do modelo *primary nursing* que se inicia oito semanas

antes da admissão da grávida no hospital e se prolonga durante duas semanas após a alta hospitalar, se revela mais eficaz que a prática de cuidados de enfermagem centrados na tarefa, especificamente no que toca ao aumento da satisfação das mulheres com os cuidados de enfermagem, na melhoria do processo de amamentação (aumento da taxa de amamentação) e na redução dos problemas pós-parto, como a retenção urinária e o desconforto mamário (Wan et al., 2011).

É hoje aceite, unanimemente, pela comunidade científica, que o AM traz múltiplas vantagens, não só para o RN mas também para a mãe, a família e a comunidade em que se inserem.

Em relação às vantagens para o RN, Levy e Bértolo (2007) defendem que o leite materno previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias e tem um efeito protetor sobre as alergias (nomeadamente, as específicas para as proteínas do leite de vaca). Para além disso, promove uma melhor adaptação dos bebés a outros alimentos. O AM facilita, ainda, uma involução uterina mais precoce para a mãe e associa-se a uma probabilidade menor de a mesma desenvolver cancro da mama, no futuro, entre outros. A família e a comunidade beneficiam, também, da prática do AM por o mesmo se constituir um método mais barato de alimentar o RN.

O aleitamento materno, enquanto processo de “alimentar uma criança oferecendo leite materno” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 39), revela-se uma fonte de preocupação para a mulher, atendendo às dificuldades que prevê poderem surgir, decorrente, nomeadamente, das experiências transmitidas por outras mães que já amamentaram.

Pereira (2006) refere que, de acordo com uma vasta evidência científica, a amamentação não é instintiva, estando o seu sucesso ou insucesso fortemente condicionado por fatores comportamentais e sociais. Nas sociedades atuais, existe falta de apoio da família alargada e de experiências anteriores positivas, o que justifica a necessidade de ensinar e apoiar as mulheres na amamentação. Para Levy e Bértolo (2007):

A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos de leite materno tiveram como consequência uma baixa da incidência e da prevalência do aleitamento materno. (p. 7).

Sendo, mundialmente, reconhecida pela comunidade científica a importância do AM, a OMS e a UNICEF lançaram, em 1992, um programa mundial de promoção do AM intitulado “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, conhecido internacionalmente como “Baby Friendly Hospital Initiative”. Esta iniciativa promove a adoção de “Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés” (UNICEF, 2012).

Apesar do consenso de que o AM se constitui a forma ideal de alimentar as crianças desde o nascimento, exclusivamente até aos seis meses de vida e que devem fazer alimentação complementar até dois anos ou mais (World Health Assembly 54.7, 2001), esta prática, em Portugal, ainda está muito aquém do recomendado. Segundo Levy e Bértolo (2007):

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé (. . .). (p. 7).

De acordo com a OMS (como cit. em Graça, Figueiredo & Conceição, 2011), em 2009, na maioria dos países desenvolvidos, as taxas de incidência do AM são também superiores a 90%, ou seja, mais de 90% das mulheres iniciam o AM; esse valor diminui significativamente até aos seis meses de vida da criança, verificando-se nessa altura, que menos de 25% das mesmas mantêm o AM exclusivo.

De facto, amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática pelo que nem sempre se revela fácil. O período de internamento por ocasião do parto constitui-se o momento considerado mais crítico para o sucesso de uma boa amamentação constituindo-se um momento fulcral para o seu sucesso, devido às dificuldades que muitas vezes se apresentam às mães. De facto, a maioria das dificuldades verificadas no processo de amamentação são sentidas pela mulher, ainda, na maternidade, como, por exemplo, a dificuldade na pega correta do RN à mama e a dor nos mamilos decorrente de gretas e fissuras, entre outras.

Para o sucesso do AM, é importante, não só, a boa preparação da grávida, nomeadamente nos CPPP, mas principalmente o apoio oferecido no período pós-parto, com maior incidência nos primeiros dias após o nascimento. Como é referido por Almeida (1996), “acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e na duração do aleitamento materno” (p. 40). O

enfermeiro de referência, pela proximidade que tem com a mulher internada exerce um papel de relevância importante na promoção, proteção e apoio ao AM. Tem a oportunidade de assumir um papel de destaque no apoio e suporte da mulher que amamenta, atendendo a que conhece as suas expectativas, os seus medos e anseios e a apoia no seu processo de aprendizagem e nas suas decisões. Acrescentar, ainda, a importância que o enfermeiro de referência pode representar na adaptação do RN à mama, atendendo a que, decorrente do tempo que dedica à díade, pela responsabilidade que assume ao abrigo do modelo *primary nursing*, conhece bem o RN, especialmente, as suas dificuldades e constrangimentos nas primeiras mamadas. O apoio oferecido ao pai, também, pode contribuir significativamente para o sucesso do AM, atendendo a que o envolvimento da figura paterna ou de um convivente significativo, na prestação de cuidados ao RN, pelo enfermeiro de referência, proporciona à puérpera a rede de suporte necessária à adaptação ao seu papel, enquanto mãe e mulher que amamenta.

Salvaguardar que, apesar da concordância entre os profissionais de saúde de que o AM se constitui o melhor método de alimentar o RN, se deve ter, contudo, em conta “o projeto materno; sob o ponto de vista da mãe, a prática do aleitamento materno de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às suas expectativas” (Levy & Bértolo, 2007, p. 10).

A negociação enfermeiro-utente sobre o planeamento de cuidados faz, assim, todo o sentido, na medida em que, para assegurar uma experiência de internamento positiva, é imprescindível atender às expectativas e objetivos da mulher/casal. A intervenção por um enfermeiro de referência beneficia a individualização dos cuidados, conforme resultados obtidos em diversos estudos internacionais já referidos, decorrente, nomeadamente, da posição privilegiada em que se coloca, no que toca à detenção de conhecimento sobre a utente/casal/família.

Depreende-se, portanto, que a aplicação do modelo *primary nursing* na prática de cuidados de saúde, mais especificamente na área da obstetrícia, poderá trazer benefícios, especialmente, para a mulher, o casal, o RN e a família.

## 2.2. Metodologia de Intervenção

### 2.2.1. Planeamento e implementação da intervenção.

O cuidar em enfermagem subsiste na intervenção do enfermeiro dirigida ao utente no seu processo de saúde-doença. De facto, “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades)” (OE, 2002, p. 8). Neste sentido, a organização dos cuidados de enfermagem tem sofrido alterações, ao longo dos anos, fundamentando-se,

progressivamente, em novas concepções orientadas para a pessoa. A OE defende que os enfermeiros devem ter presente que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”, pelo que a parceria estabelecida com o utente deve respeitar as suas capacidades e valorizar o seu papel, “perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (p. 10).

Ao longo da prática académica e profissional, especialmente no decurso do presente ENP, percebeu-se e consolidou-se o entendimento de que os contactos frequentes e repetidos entre enfermeiro e utente leva à construção de uma relação de proximidade, à qual é atribuída, pelos utentes, uma conotação positiva. Este saber, comprovado empiricamente, é fundamentado e corroborado pelo conhecimento científico. Este entendimento, adicionado à procura permanente da qualidade do exercício profissional como enfermeira e da excelência dos cuidados prestados à mulher/casal/RN/família/comunidade, no serviço de obstetrícia, conduziu ao planeamento de uma intervenção de enfoque específico que se fundamenta na prestação de cuidados por um enfermeiro de referência, como preconizado pelo modelo *primary nursing*.

De facto, a organização dos cuidados de enfermagem é considerada uma de seis categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pela OE (2002), sendo definido como elemento importante, face à organização dos cuidados de enfermagem, a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. Atendendo às vantagens outorgadas ao modelo *primary nursing* no que respeita, nomeadamente, à acessibilidade dos utentes a cuidados de enfermagem globais, individualizados, contínuos e integrados, pretendeu-se a realização de uma intervenção, em contexto de estágio, que permitisse uma assistência em cuidados de enfermagem sob o modelo referido.

Assim, a questão de partida, que motivou o planeamento da intervenção em análise, é: “Quais os contributos da aplicação do modelo *primary nursing*, na prática de cuidados de enfermagem, na assistência à mulher, recém-nascido e família, durante o internamento no serviço de obstetrícia?”

Partindo da questão formulada e da revisão teórica efetuada sobre a temática, foram definidos como objetivos:

- Conhecer os contributos da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo *primary nursing* na assistência à mulher, RN e família, durante o internamento no serviço de obstetrícia;

- Caracterizar as ações de enfermagem, percebidas pela mulher, aquando da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo *primary nursing*, no serviço de obstetrícia;
- Conhecer a perceção da mulher sobre o modelo *primary nursing* aplicado à prestação de cuidados de enfermagem, durante o internamento no serviço de obstetrícia.

Tendo por base a questão de partida e os objetivos formulados, delineou-se uma intervenção de enfermagem enquadrada numa metodologia qualitativa, de cariz exploratório e descritivo. Como é referido por Bogdan e Biklen (1994), a prática qualitativa é útil para o estudo de questões ligadas à vida das pessoas e aos significados que as próprias atribuem às experiências que vivenciam. De facto, como é corroborado por Sampieri, Collado e Lucio (2013), o estudo qualitativo fundamenta-se numa “perspetiva interpretativa centrada no entendimento do significado das ações de seres vivos, principalmente dos humanos e suas instituições” (p. 34). Assim, considerando o propósito de conhecer a perceção das mulheres sobre a receção de cuidados ao abrigo do modelo *primary nursing*, a metodologia qualitativa foi considerada como adequada para a avaliação da intervenção efetuada. Como em outros tipos de intervenções de enfoque qualitativo, a finalidade é produzir algo que seja localmente importante, não necessariamente generalizável (Streubert & Carpenter, 2013).

A abordagem exploratória adotada prende-se com a necessidade de conhecer uma realidade, ainda, insuficientemente estudada e descrita na literatura nacional e internacional como o é a aplicação do modelo *primary nursing* no contexto de cuidados de obstetrícia. De facto, o propósito exploratório existe “quando o objetivo é examinar um tema ou um problema de pesquisa pouco estudado, sobre o qual temos muitas dúvidas ou que não foi abordado antes” (Sampieri et al., 2013, p. 101). O cariz descritivo, também, assumido decorre do intuito de “especificar as propriedades, processos, objetos ou qualquer outro fenómeno que se submeta a uma análise” (p. 102), não se pretendendo indicar como as variáveis se relacionam.

Quanto à população alvo da presente intervenção, esta é constituída pelas mulheres, com gestações de termo, internadas no serviço de obstetrícia da ULSAM, por ocasião do parto. Foram alvo da intervenção mulheres cujo motivo de internamento no serviço de obstetrícia conduziu, indubitavelmente, à ocorrência do parto durante o internamento, nomeadamente, mulheres internadas em TP, para indução do TP, para realização de cesariana eletiva ou por rotura de bolsa de águas (RBA), constituindo, estes, os critérios de inclusão na amostra.

Da amostra fazem parte as mulheres com gestações de termo internadas no serviço de obstetrícia da ULSAM por ocasião do parto admitidas, no serviço, pela enfermeira em ENP que se constituiu a enfermeira de referência, no período compreendido entre 25 de novembro de 2013 e 18 de janeiro de 2014. Para a seleção da amostra foi utilizado um método de amostragem não probabilístico, mais especificamente o método de amostragem por conveniência ou acidental, tendo sido integradas, na amostra, seis mulheres. Para Fortin (2009) “a amostragem acidental consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento” (p. 321).

Face à questão de partida e aos objetivos formulados, delineou-se o plano de ação, para nortear a prática de cuidados.

Revela-se importante referir que, numa fase prévia à implementação da presente intervenção, se procedeu à sensibilização da equipa de enfermagem para que aderissem à prestação de cuidados segundo o modelo *primary nursing*, como enfermeiras associadas. Para isso recorreu-se à abordagem individual de cada profissional de enfermagem, ou em pequenos grupos, explicitando os objetivos da intervenção e explanando os pressupostos, dinâmica do processo de cuidados e contributos do modelo *primary nursing*, descritos na literatura científica. A abordagem individual ou em pequenos grupos foi efetuada, em momentos oportunos, durante o turno de trabalho dos profissionais de enfermagem, nomeadamente quando se encontravam com menor volume de trabalho ou em momentos de pausa para refeição. Esta abordagem foi entendida como a mais adequada, face à sobrecarga do horário de trabalho com que a equipa de enfermagem se deparava na altura, o que levou a que não se considerasse adequada a marcação de um momento fora do seu horário de trabalho para a sua execução. Para além disso, a opção por uma abordagem de proximidade junto da equipa de enfermagem pareceu favorecedora da adesão da mesma à intervenção planeada. Foi, ainda, disponibilizado nas áreas funcionais - internamento de grávidas, bloco de partos e internamento de puerpério, um *dossier*, no qual se disponibilizava informação relativa ao modelo *primary nursing*, nomeadamente sobre as funções atribuídas à enfermeira de referência e às enfermeiras associadas. Este *dossier* continha, ainda, orientações importantes para a adequada aplicação do modelo no serviço e era efetuado um apelo à colaboração dos profissionais de enfermagem na aplicação do modelo *primary nursing*. A sensibilização da equipa foi, ainda, efetuada pela enfermeira chefe do serviço, em momentos de passagem de turno.

Quanto ao plano de intervenção, é atribuída à enfermeira de referência a responsabilidade de:

- Efetuar o acolhimento da utente/convivente significativo/família no serviço, identificando-se pelo nome e categoria profissional;
- Obter o consentimento assinado da utente para participação no modelo de prestação de cuidados a ser aplicado, informando que se constituirá sua enfermeira de referência;
- Selecionar a equipa de enfermeiras associadas para cada utente, analisando os turnos que executam nos dias subsequentes e comunicando-lhes a sua integração na equipa;
- Apresentar, à utente, a equipa de enfermeiras associadas que colaborará na prestação de cuidados de enfermagem ao longo do internamento;
- Proporcionar, à utente, o seu contacto telefónico para que a mesma possa contactá-la, se assim o desejar/necessitar;
- Proceder à colheita de dados, diagnóstico de necessidades e planeamento de cuidados, efetuando os registos respetivos no SClínico. Salientar que o plano de cuidados é negociado com a utente e salvaguardada a possibilidade do mesmo sofrer modificações ao longo do internamento, decorrente de alterações, eventualmente, verificadas;
- Transmitir às enfermeiras associadas a informação relativa à utente, através dos registos de enfermagem efetuados no SClínico e, se possível, via oral;
- Prestar cuidados à utente, durante o seu turno de trabalho e durante o seu turno de estágio, na última circunstância sob supervisão da enfermeira tutora;
- Avaliar as intervenções de enfermagem implementadas e, se aplicável, reformular o plano de cuidados, em colaboração com as enfermeiras associadas e recorrendo, nomeadamente, aos registos de enfermagem disponíveis no SClínico e à apreciação da evolução da utente;
- Planear precocemente a alta, desde o momento da admissão, em colaboração com as enfermeiras associadas e envolvendo a utente/convivente significativo/família.

Às enfermeiras associadas compete:

- Prestar cuidados à utente, quando a enfermeira de referência não se encontra no serviço, atendendo ao planeamento existente;
- Participar na avaliação das intervenções de enfermagem implementadas e, se aplicável, alterar o plano de cuidados, decorrente de alterações verificadas nas condições do serviço e/ou da utente. Comunicar, logo que possível, a alteração do plano à enfermeira de referência;

- Participar no planeamento da alta, colaborando com a enfermeira de referência.

Quanto ao circuito efetuado pela utente no serviço de obstetrícia, a mesma é admitida no serviço de urgência/admissão pela enfermeira de referência sendo, seguidamente, encaminhada para o internamento de grávidas ou para o bloco de partos, de acordo com a avaliação efetuada, nomeadamente, no que toca à evolução do TP. A enfermeira de referência presta, sempre que possível, cuidados diretos à utente na área funcional em que se encontre internada, no próprio turno e nos turnos seguintes. Posteriormente, quando as utentes são transferidas para o internamento de puerpério, a enfermeira de referência presta-lhes cuidados diretos, no seu período laboral e, quando não estiver presente, os cuidados são prestados pelas enfermeiras associadas de serviço. Salientar que se pretende que a utente receba cuidados do menor número possível de enfermeiras, durante o internamento, com vista a potenciar a relação de confiança enfermeira-utente. Para tal é definida previamente a equipa de enfermeiras associadas, para cada utente, após análise do horário da equipa de enfermagem previsto para os turnos subsequentes.

Importante, ainda, referir que, numa fase anterior à implementação do modelo *primary nursing* no serviço de obstetrícia, foi solicitada e obtida autorização da comissão de ética da ULSAM (Apêndice 1) para a implementação da intervenção planeada e, por ocasião da intervenção, foi obtido o consentimento, expresso por escrito, das utentes que acederam a participar na intervenção, de forma livre e esclarecida (Apêndice 2).

A conduta adotada, no decurso da aplicação da intervenção em questão, regeu-se pelos princípios éticos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), nomeadamente: da autonomia, da beneficência, da justiça, da liberdade e dignidade da pessoa humana. O sigilo e anonimato da pessoa, ao longo do processo, particularmente na análise do seu discurso e na discussão e divulgação dos resultados obtidos, são assegurados.

### 2.2.2. Avaliação da intervenção.

Nesta secção do relatório é efetuada uma avaliação do processo de implementação do modelo *primary nursing*, na assistência à mulher, RN e família, durante o internamento no serviço de obstetrícia.

Atendendo à delimitação temporal do ENP, para a implementação da intervenção planeada, foi possível aceder aos contributos percecionados pelas utentes não sendo conhecida, contudo, a perceção da equipa de enfermagem, reconhecendo, porém, a sua pertinência para a compreensão dos contributos do modelo. Havia sido pensada a auscultação

das enfermeiras, efetuando, para isso, uma análise SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats), com vista a conhecer a sua opinião sobre os pontos fortes e fracos do modelo *primary nursing*, as oportunidades e ameaças que se lhe colocam, no entanto não se revelou possível dada à dificuldade em conciliar momentos de reunião conjunta da equipa e o limite temporal do ENP.

A avaliação da intervenção junto das mulheres foi efetuada através de entrevista semiestruturada, pretendendo-se uma recolha de dados descritivos na linguagem das mesmas (Bogdan & Biklen, 1994), traduzindo-se a entrevista numa “Encenação livre daquilo que esta pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa” (Bardin, 2013, p. 89). A opção por uma entrevista semiestruturada, suportada por um guião com tópicos de orientação (Apêndice 3), relacionou-se com a sua flexibilidade pois “apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 36).

A entrevista foi aplicada às mulheres, à data da alta, por enfermeiras a desempenhar funções no serviço de obstetrícia que não haviam, durante o internamento, tido contacto com as mulheres alvo da entrevista. Após serem informadas sobre os objetivos e estrutura da entrevista, acederam a colaborar na recolha de dados e acordaram, com cada utente, a ocasião ideal para a realização da entrevista, a planear para um momento durante o turno da manhã precedente à alta. A duração das entrevistas rondou os 20 minutos.

As entrevistas foram gravadas em formato de áudio digital, com autorização prévia das mulheres. Após audição das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral das mesmas para papel. Realizou-se, seguidamente, a leitura das entrevistas transcritas, inicialmente de forma “flutuante” e posteriormente de uma forma mais organizada. Foi, então, selecionado o material que passaria a constituir o “corpus de análise”, tendo sido incluídas as seis entrevistas. Como defendido por Morse (como cit. em Streubert & Carpenter, 2013), nas metodologias qualitativas, é procurada “a repetição e confirmação dos dados anteriormente colhidos” para estabelecer o tamanho da amostra (p. 31). No final das 6 entrevistas, tendo sido reconhecida a repetição de informação nos dados, determinou-se que a saturação foi alcançada.

Para o tratamento da informação recolhida, foi utilizada a análise de conteúdo, defendida e explicitada por Bardin (2013). De facto, como é referido pela autora, “para tirar partido de um material dito «qualitativo» (. . .) material verbal rico e complexo”, é indispensável o recurso à análise de conteúdo (p. 89). O princípio da análise de conteúdo

consiste em “desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação” (Laville & Dionne, 1999, p. 214).

Antes da apresentação dos dados, procede-se, seguidamente, à caracterização sociodemográfica das entrevistadas, que pode ser observada no Quadro 1.

#### Quadro nº 1. Caracterização sociodemográfica das entrevistadas

	<b>Idade</b>	<b>Concelho de residência</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Agregado familiar</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>
<b>E1</b>	24	Arcos de Valdevez	União de facto	Companheiro, filhos e sogros	9º Ano	Estudante de auxiliar de saúde
<b>E2</b>	33	Valença	Casada	Marido e filho	9º Ano	Cabeleireira
<b>E3</b>	37	Barcelos	Casada	Marido e filho	6º Ano	Operária fabril
<b>E4</b>	30	Ponte de Lima	União de facto	Companheiro e filhos	9º Ano	Cozinheira
<b>E5</b>	27	Ponte de Lima	Casada	Marido	12º Ano	Operária fabril
<b>E6</b>	24	V. N. Cerveira	União de facto	Companheiro e pais	9º Ano	Operária fabril

Legenda: E-entrevistada.

Conforme se pode visualizar no Quadro 1, a idade das entrevistadas situa-se entre os 24 e os 37 anos, verificando-se uma média de 29 anos de idade. Constata-se que todas residem no distrito de Viana do Castelo, à exceção de uma que reside no concelho de Barcelos, pertencente ao distrito de Braga. Das entrevistadas, três são casadas e três vivem em união de facto. Pode-se, ainda, observar que quatro entrevistadas vivem em família nuclear, ou seja, com o marido/companheiro e filho(s), e duas das utentes residem em família alargada, coabitando, também com ascendentes (pais ou sogros).

No que toca à escolaridade, situa-se entre o 6º e o 12º ano, constituindo o 9º ano a moda. Quanto à atividade profissional, uma entrevistada encontrava-se, na altura, desempregada, a frequentar um curso profissional de auxiliar de saúde. As restantes encontravam-se empregadas: três entrevistadas pertenciam ao grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices e duas entrevistadas ao grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011b).

É possível, no Quadro 2, aceder à história obstétrica das entrevistadas.

**Quadro nº 2. Dados da história obstétrica das entrevistadas**

	<b>Paridade</b>	<b>Parto(s) anterior(es)</b>	<b>Motivo de internamento</b>	<b>Idade gestacional</b>	<b>CPPP</b>
<b>E1</b>	IIIG IIP	Parto eutócico em fevereiro/2011 Parto eutócico em janeiro/2012	ITP	40 Semanas + 2 dias	Sim, nas gestações anteriores
<b>E2</b>	IIG IP	Parto distócico (ventosa) em maio/2008	RBA	38 Semanas + 3 dias	Não
<b>E3</b>	IIG IP	Parto eutócico em novembro/2008	Indução do TP	38 Semanas + 3 dias	Não
<b>E4</b>	IVG IIP	Parto eutócico em julho/2000 Parto eutócico em novembro/2001 Parto eutócico em setembro/2003	ITP	38 Semanas + 3 dias	Não
<b>E5</b>	IG0P	_____	Indução do TP	41 Semanas	Sim
<b>E6</b>	IG0P	_____	Indução do TP	41 Semanas	Sim

Legenda: E-entrevistada; CPPP-curso de preparação para o parto e para a parentalidade;

G-gesta; P-para; ITP-início de trabalho de parto; RBA-rotura de bolsa de águas;

TP-trabalho de parto.

Observando o Quadro 2, pode-se verificar que duas entrevistadas eram primigestas, em oposição às restantes quatro que se constituíam multigestas, representando a gestação atual a sua segunda, terceira ou quarta experiência. Entre as multigestas, todas vivenciaram partos eutócicos, à exceção de uma entrevistada que refere ter tido um parto anterior distócico, por ventosa.

No momento da admissão no serviço de obstetrícia, as entrevistadas apresentavam gestações de termo, com tempo gestacional situado entre as 38 e as 41 semanas. Duas haviam frequentado CPPP na gestação atual, uma frequentou o CPPP nas gestações anteriores e três referiam não ter frequentado. Quanto ao motivo de internamento no serviço de obstetrícia, duas entrevistadas foram admitidas em início de TP (ITP), três para indução do TP e uma por RBA.

Decorrente da análise do discurso das utentes, dos objetivos definidos anteriormente e da revisão teórica efetuada, emergiram duas áreas temáticas:

- Ações de enfermagem percebidas pela mulher, aquando da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo *primary nursing*, durante o internamento no serviço de obstetrícia;
- Perceção da mulher sobre o modelo *primary nursing* aplicado à prestação de cuidados de enfermagem, durante o internamento no serviço de obstetrícia.

As unidades de significação foram classificadas, criando categorias e subcategorias, quando aplicável.

É apresentada, no Quadro 3, para melhor compreensão do material obtido, a grelha categorial desenvolvida, sintetizando, para cada área temática, as categorias e subcategorias nomeadas. Consultando o Apêndice 4 é possível conhecer as unidades de análise integradas nas áreas temáticas, categorias e subcategorias, pela análise do quadro matriz de redução de dados.

**Quadro n° 3. Grelha categorial desenvolvida face às entrevistas realizadas**

Área temática	Categoria	Subcategoria
1. Ações de enfermagem percecionadas pela mulher, aquando da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo <i>primary nursing</i> , durante o internamento no serviço de obstetrícia	Ensinar/Explicar	Controlo da dor
		Procedimentos de enfermagem
		Amamentação
		Parentalidade [Cuidados ao RN]
	Instruir/Treinar	Controlo da dor
		Amamentação
		Parentalidade [Cuidados ao RN]
	Executar	Medidas de controlo da dor
	Incentivar/Envolver	Parentalidade [Cuidados ao RN executados pelo pai]
	Apoiar	Controlo da dor
		Amamentação
	Atender	Necessidades da utente
		Necessidades do pai
2. Perceção da mulher sobre o modelo <i>primary nursing</i> aplicado à prestação de cuidados de enfermagem, durante o internamento no serviço de obstetrícia	Reconhecimento da enfermeira de referência e do grupo de enfermeiras associadas	
	Cuidados individualizados	
	Estreita relação enfermeiro-utente	
	Continuidade de cuidados	
	Proximidade aos profissionais de saúde	
	Centralidade nas necessidades individuais do utente	Controlo da dor
		Vinculação [Contacto pele a pele]
		Amamentação
		Promoção de um papel ativo da família no cuidado ao utente/RN
	Informação ao utente	
Satisfação com os cuidados de enfermagem		

Da análise do discurso das entrevistadas, é possível aceder às ações de enfermagem que as mesmas percecionaram, no decurso do internamento, no serviço de obstetrícia, aquando da receção de cuidados de enfermagem ao abrigo do modelo *primary nursing*. Por ação de enfermagem entende-se um “Processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente (por exemplo, educar, trocar, administrar, monitorizar)” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 93). A análise de conteúdo foi sustentada na linguagem classificada da CIPE, versão 2.

Depreende-se que as entrevistadas perceberam ter recebido cuidados de enfermagem no âmbito do ensinar/explicar, instruir/treinar, executar, incentivar/envolver, apoiar e atender. Como se pode verificar, houve necessidade de agrupar determinadas ações de enfermagem por se apresentarem interrelacionadas no discurso das entrevistadas.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), o termo **ensinar** é entendido como “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (p. 96) e **explicar** remete para “Tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém” (p. 97). As entrevistadas referiram que as enfermeiras ensinaram/explicaram sobre o controlo da dor, os procedimentos de enfermagem a que iriam ser submetidas, a amamentação e os cuidados ao RN, integrados na preparação para a parentalidade. Ao nível da subcategoria **controlo da dor**, quatro entrevistadas mencionaram ter recebido ações no âmbito do ensinar/explicar, nomeadamente, nos conteúdos relativos à analgesia epidural e outros recursos farmacológicos, o que poderá ter exercido influência na sua adesão às medidas de controlo da dor.

*“Fui informada sobre a epidural tudo direitinho! Explicaram tudo muito bem explicadinho. (...) Quando vinha estava indecisa em fazer a epidural porque também não sabia bem como era... mas explicaram-me tudo direitinho e eu não queria sofrer como da outra vez!” E2*

No que toca aos **procedimentos de enfermagem** aos quais foram submetidas, todas as entrevistadas evidenciaram ter recebido ações no âmbito do ensinar/explicar. Quatro aludiram ainda, ao facto dos maridos/companheiros, também, terem sido alvo destas ações.

*“As enfermeiras tiveram sempre o cuidado de me explicar o que iam fazer e ajudaram-me muito em tudo... Explicaram-me tudo o que se passava (...) As enfermeiras também perguntaram ao meu marido se ele queria saber mais alguma coisa ou assim.” E1*

Estes resultados são concordantes com os de Sellick et al. (2003) que verificaram que os enfermeiros apresentam maior tendência para dar informações ao utente sobre a sua condição e comunicam mais com a família dos utentes, nas unidades em que vigora o modelo *Primary Nursing*.

A receção de ações de enfermagem do campo do ensinar/explicar, relativas à **amamentação**, foi mencionada por quatro entrevistadas, no que toca, nomeadamente, à informação sobre o contacto pele a pele e os cuidados a ter com os mamilos.

*“As enfermeiras explicaram direitinhas as coisas todas sobre o contacto pele a pele antes do parto...” E2*

*“(...) E também explicaram-me o que fazer para tratar os mamilos... nos outros não sabia... Acho que assim vou conseguir...” E1*

Na área específica de obstetria, Wan et al. (2011) concluíram que a prática de cuidados contínuos de *primary nursing* (atender, contudo, às diferenças que esta prática apresenta do modelo *primary nursing* original, por se prolongar no tempo) contribui para a melhoria do processo de amamentação, nomeadamente para a redução dos problemas pós-parto, como o desconforto mamário.

Ainda, inserido na categoria ensinar/explicar, duas entrevistadas referiram ter recebido informação relativa aos cuidados ao RN, inseridos na preparação para a **parentalidade**. As áreas abordadas, mencionadas pelas entrevistadas, são relativas à amamentação, aos cuidados de higiene e conforto do RN e aos cuidados ao coto umbilical.

*“Falaram em tudo... sobre a amamentação, o cordão, o banho... Eu não sabia bem como se... como se tratava do cordão e ensinaram-me!” E3*

Ações do tipo instruir/treinar foram, também, referidas pelas entrevistadas, sendo entendido, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), o termo **instruir** como “Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa” (p. 97) e o termo **treinar** como “Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (p. 100). No âmbito do instruir/treinar, emergiram, como subcategorias, o controlo da dor, a amamentação e a parentalidade, especificamente no que toca aos cuidados ao RN.

Quanto ao **controlo da dor**, referido por duas entrevistadas, remeteram para o tipo de respiração adequado, consoante a fase do TP.

*“Diziam-me como respirar para não ter tanta dor...” E4*

A **amamentação** constituiu, também, uma área na qual duas entrevistadas referiram ter obtido intervenção da enfermagem no âmbito do instruir/treinar, relativamente, nomeadamente, aos cuidados a ter com os mamilos.

*“Mostraram-me que ao fim de dar o peito, as gotinhas de leite que saíam, limpar assim, esfregar no mamilo que é para não gretar e esperar uns minutinhos depois... eu não sabia.” E3*

Como já referido, do discurso de duas entrevistadas, emergiu, também, como subcategoria a **parentalidade**, mais especificamente a prestação de cuidados ao RN, tendo sido as ações praticadas junto das utentes e também dos seus companheiros.

*“Quanto aos cuidados ao bebé... correu tudo bem. As enfermeiras faziam as coisas a primeira vez e explicavam-me como era. A seguir já era eu que fazia e elas viam se estava a fazer bem. E o pai também ajudou muito! Fomos, eu e o pai, a dar banho e assim.” E6*

Ações de enfermagem de **executar** foram identificadas por três entrevistadas, no que toca à implementação de medidas de controlo da dor. Executar é definido, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011), como “Desempenhar uma tarefa técnica” (p. 97).

*“A dor esteve controlada... Não tive muita dor e, também, as enfermeiras davam-me logo medicamentos. Achava que ia ter mais dor. Não custou muito... Fiz epidural logo que comecei com mais dores...” E6*

A intervenção atempada e individualizada da equipa de enfermagem face às necessidades de cada utente corresponde às conclusões divulgadas por Sellick et al. (2003) que verificaram que a prestação de cuidados sob o modelo *primary nursing* promove o bem-estar dos utentes e a sua saúde, contribuindo para que sintam que estão a receber a ajuda que necessitam no momento certo.

Foi reconhecida, por duas entrevistadas, a receção de ações de enfermagem do tipo **incentivar/envolver**, no que toca à **parentalidade**, especificamente no que respeita aos cuidados ao RN, executados pelo pai. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) define incentivar como “Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade” (p. 97) e envolver como “Ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros” (p. 96).

*“As enfermeiras puxavam por ele para participar nos cuidados ao bebé! (...) As enfermeiras envolveram o meu marido que estava cá muitas vezes e muito tempo.*

*Ajudaram explicando coisas que ele não sabia. E envolvendo-o! Não só no banho mas também noutras coisas...” E6*

O discurso das entrevistadas confirma o evidenciado por Alcock et al. (1993) de que o modelo *primary nursing* oferece, aos familiares, oportunidade para assumirem um papel ativo e fazerem algo de concreto pelo utente.

Outra categoria que emergiu da análise das entrevistas foi a ação **apoiar**, explicitada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) como “Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar” (p. 95). O controlo da dor e a amamentação constituem dois focos de enfermagem para os quais as entrevistadas sentiram ter tido resposta da enfermagem no âmbito do apoiar.

Três entrevistadas reconheceram, então, ter obtido apoio, da equipa de enfermagem, no que toca ao **controlo da dor**, particularizando o apoio recebido quando sentiram dor de TP e no momento do parto.

*“As enfermeiras ajudaram-me, ajudaram-me na dor! Estavam sempre lá comigo a ajudar-me a respirar e isso é muito importante! As enfermeiras tiveram um papel importante! (...) Na altura do parto, as enfermeiras estavam sempre connosco... gostei muito! Senti-me bem porque as enfermeiras estavam sempre por perto para ajudar!” E1*

Os discursos das entrevistadas denotam que se sentiram apoiadas pelas enfermeiras e manifestam, também, o sentimento de que as enfermeiras estiveram presentes quando precisaram. Laakso e Routasalo (2001) mostraram que, após a aplicação do modelo *primary nursing* na prática de cuidados, os enfermeiros despendem mais tempo com os utentes.

Quanto ao apoio da enfermagem na **amamentação**, foi sentido e manifestado por cinco entrevistadas, no seu discurso.

*“As enfermeiras ajudaram-me. Não sabia como era a amamentação mas as enfermeiras estavam sempre por perto... Explicaram-me as coisas e ajudaram-me a colocar o bebé na mama...” E6*

O apoio sentido pelas mulheres no processo de amamentação é deveras importante pois, como defendido por Almeida (1996), “acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e bebé no

hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e na duração do aleitamento materno” (p. 40). Wan et al. (2011) mostraram que a prestação de cuidados contínuos de *primary nursing* contribui para o aumento da taxa de amamentação.

Finalmente, inserida, ainda, na primeira área temática, emergiu, como categoria, a ação **atender**, definida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) como “Estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa” (p. 95). Inserida nesta categoria, depreende-se do discurso das entrevistadas, a intervenção da enfermagem na resposta às necessidades das utentes e do pai do RN. Ao nível das **necessidades da utente**, todas as entrevistadas reconheceram ter recebido ações de enfermagem no âmbito do atender.

*“As enfermeiras estavam sempre a vir à minha beira... (...) Ali a perguntar-me se estava bem, se sentia alguma coisa, se não sentia. (...) Sempre atenciosas, a ver se eu precisava de alguma coisa. Foram excelentes!” E3*

A ação atender aplicada às **necessidades do pai** foi reconhecida por três entrevistadas.

*“As enfermeiras estavam sempre a perguntar se o meu marido estava bem... se precisava de alguma coisa... perguntaram-lhe se ele queria saber mais alguma coisa ou assim. Foi muito bom, mesmo!” E1*

A atenção às necessidades individuais dos utentes, pelos enfermeiros a laborar em unidades nas quais vigora o modelo *primary nursing*, é comprovada por diversos autores (Archibong, 1999; Dossena et al., 2010; Jonsdottir, 1999).

Relativamente à segunda área temática, a perceção da mulher sobre o modelo *primary nursing* aplicado à prestação de cuidados de enfermagem, durante o internamento no serviço de obstetrícia, algumas das categorias nomeadas relacionam-se intimamente entre si, no entanto, optou-se por manter a sua divisão com vista à melhor compreensão dos achados.

Cinco entrevistadas mostraram, no seu discurso, **reconhecer a existência de um grupo restrito de enfermeiras** que lhes prestou cuidados durante o internamento, verificando-se, mesmo, que três entrevistadas **reconheceram a enfermeira de referência** que ficou responsável pelos cuidados que lhe foram prestados e emitiram opinião sobre a mesma.

*“Sentia-me bem... Aquelas enfermeiras... Já estava familiarizada, já conhecia o rosto, já me sentia mais à vontade com elas e tudo.” E3*

*“Ter uma enfermeira [de referência] tem aspetos positivos porque uma pessoa... pelo menos dos outros... agora via uma, via outra... estavam sempre a mudar... (...) Dos outros, uma pessoa acabava por não ter confiança com uma ou com outra. E agora sim!” E4*

Estes resultados reiteram os achados de Boitshwarelo (2003) que verificou que os utentes e familiares reconhecem quem são os seus enfermeiros de referência, decorrente das relações próximas desenvolvidas pelos enfermeiros com os seus utentes. Outros estudos demonstraram, ainda, que os utentes cuidados em unidades nas quais vigora o modelo *primary nursing* identificam uma equipa restrita de enfermeiros que lhes prestaram cuidados (Sellick et al., 2003).

É defendido, por King, que o foco de enfermagem é o utente, pelo que se pretende que receba cuidados individualizados e que neles participe o mais ativamente possível (Pinheiro, 1994). Nissen et al. (1997) referem, ainda, que o modelo *primary nursing* envolve uma relação básica de um para um entre enfermeiro e utente, o que leva a que a assistência de enfermagem seja individualizada. Verificou-se, no seu discurso, que três entrevistadas reconheceram a receção de **cuidados individualizados** de enfermagem, baseados nas suas necessidades, como comprovado por diversos autores (Alcock et al., 1993; Archibong, 1999; Dossena et al., 2010; Jonsdottir, 1999; Laakso & Routasalo, 2001; Sellick et al., 2003).

Já Virginia Henderson apelava para que os cuidados de enfermagem fossem individualizados (Tomey, 2004) e Watson afirmava que o enfermeiro, ao atender as pessoas como indivíduos únicos, reconhecia a sua singularidade (Neil, 2002). De facto, Alcock et al. (1993), Laakso e Routasalo (2001) e Sellick et al. (2003) confirmaram a mais valia que o modelo *primary nursing* constitui, atendendo a que os enfermeiros, nas unidades em que o mesmo vigora, tratam os utentes respeitando a sua individualidade e lhes dão mais poder nas tomadas de decisão. É deveras importante, como defende King, que os enfermeiros procedam à realização de uma apreciação para estabelecer objetivos mútuos com o utente, valorizando o processo de interação enfermeiro-utente e colaborando para o alcance de objetivos (Alcântara et al., 2011), o que é facilitado mediante uma avaliação detalhada de cada utente, a qual proporciona aos enfermeiros maior conhecimento e subsídios para tomar decisões acerca dos cuidados, como defendido por Magalhães e Juchem (2000).

*“E a enfermeira [de referência] sabia tudo o que eu queria e facilitava! (...) ela estava sempre preocupada que as coisas fossem como eu queria... não me impuseram nada! Das outras vezes, as enfermeiras não sabiam aceitar bem as coisas.” E1*

Foi descrito por cinco entrevistadas o estabelecimento de uma **relação estreita enfermeiro-utente**, referindo que reconheciam nas enfermeiras alguém em quem podiam confiar e atribuíram uma certa “familiaridade” à relação estabelecida com as mesmas. Duas entrevistadas sobressaíram a relação estabelecida com a enfermeira de referência.

*“Já me sentia mais à vontade com elas [as enfermeiras] e tudo. Deixam o doente mais à vontade.(...) O doente não sente tanto a falta da família... tem ali as enfermeiras que vão sempre ali (...) as caras já são mais conhecidas, mais familiares e já me conheciam! Aquelas enfermeiras já estavam familiarizadas, já conhecia o rosto, já me sentia mais à vontade com elas e tudo!” E3*

*“Dos outros, uma pessoa acabava por não ter confiança com uma ou com outra. E agora sim! É mais vantajoso ter uma enfermeira [de referência] porque ao entrar acaba por se ter mais confiança com ela, já a conheço mais um bocado e depois uma pessoa geralmente tem sempre aquela tendência a ir para aquela pessoa... para ali!” E4*

De facto, como é referido por Laakso e Routasalo (2001), os utentes veem no enfermeiro de referência alguém que cuida deles e no qual podem confiar, constituindo-se, esta relação de confiança entre enfermeiro e utente, crucial para o cuidar transpessoal, como defende Watson (como cit. em Neil, 2002). O modelo *primary nursing* promove, de forma comprovada, uma relação de um para um (enfermeiro-utente/família) profunda (Frederico & Leitão, 1999), próxima e intensa (Boitshwarelo, 2003; MacGuire & Botting, 1990), levando a que o utente tenha maior vínculo com o enfermeiro de referência (Magalhães & Juchem, 2000). Também Lydia Hall defendia o estabelecimento de uma relação calorosa e segura entre enfermeiro e utente e a transmissão de uma empatia sensível aos sentimentos e comunicações do utente (Fakouri, 2004).

Lydia Hall, proponente do Modelo do Núcleo, Cuidar e Curar que se assemelha, na perspetiva de Fakouri (2004), ao modelo de enfermagem primária, defende a continuidade e coordenação dos cuidados prestados ao utente. De facto, ao enfermeiro de referência cabe, entre outros aspetos, assegurar a continuidade de cuidados (Costa, 2004), através da implementação do plano de cuidados que elaborou e da comunicação efetiva com os enfermeiros associados (Magalhães & Juchem, 2000). Da análise de conteúdo efetuada, é possível nomear, a **continuidade de cuidados** como um aspeto que três entrevistadas

identificaram na receção de cuidados de enfermagem sob o modelo *primary nursing*, tal como Dossena et al. (2010) e Jonsdottir (1999) puderam comprovar nos seus estudos.

*“Foi bom porque não tínhamos que estar sempre a dizer a mesma coisa, sempre, já conheciam, já sabiam aquilo que tinha acontecido. Acho isso bom, digamos assim. Porque assim já não tínhamos que estar sempre a dizer a mesma coisa a 3 ou 4 enfermeiras diferentes. Isso ajuda muito. (...) E, de manhã, a enfermeira já sabia e já não preciso estar a explicar outra vez que tinha dor ou qualquer coisa. Ela já sabia tudo. E acho que isso é importante.” E1*

A **proximidade aos profissionais de saúde** constituiu uma categoria emergente da análise dos discursos de três entrevistadas que ressaltaram a possibilidade de contactar, telefonicamente, a enfermeira e/ou o serviço de obstetria, após a alta, se sentissem necessidade.

*“E quando for para casa... como tenho o contacto da enfermeira... posso-lhe ligar se precisar e isso é bom...” E1*

*“(...) se precisar, sei que posso telefonar! Para o serviço e para a enfermeira também!” E6*

Foi possível, ainda, compreender que as entrevistadas perceberam a receção de cuidados de enfermagem **centralizados nas suas necessidades individuais**, especificamente no controlo da dor, na vinculação, na amamentação, na promoção de um papel ativo da família nos cuidados ao utente/RN e na informação ao utente. Imogene King defendeu, nos anos 70, uma ciência humanística da enfermagem, centrada na pessoa (Siellof, 2004) e diversos autores comprovaram, recentemente, que, nas unidades em que vigora o modelo *primary nursing*, se verifica a centralidade nas necessidades individuais dos utentes (Archibong, 1999; Dossena et al., 2010; Jonsdottir, 1999).

Ao nível do **controlo da dor**, todas as entrevistadas manifestaram ter recebido cuidados de enfermagem centralizados nas suas necessidades. Tal como é referido por Sellick et al. (2003), a prestação de cuidados sob o modelo *primary nursing* contribui para que os utentes sintam que estão a receber a ajuda que carecem no momento que necessitam.

*“O parto correu como eu queria e não tive muita dor. A dor do parto e depois do parto era o que estava a pensar. Não fiz epidural. Acho que consegui aguentar a*

*dor... com a respiração certa foi mais fácil. Também me deram medicação no soro, logo que entrei na sala dos partos. Ajudou... Fiquei melhor.” E4*

Três entrevistadas perceberam, ainda, terem sido implementadas ações de enfermagem promotoras da **vinculação**, especificamente através da execução do contacto pele a pele, imediatamente após o nascimento.

*“Mal o menino nasceu a enfermeira pô-lo em cima de mim e ele começou logo à procura da mama! É muito bom senti-lo assim tão perto e ficamos assim um bom bocado! E comecei logo a dar de mamar! Correu bem!” E1*

Ao nível da **amamentação**, três mulheres manifestaram ter sido assistidas a atingir os seus propósitos, através da centralização da intervenção de enfermagem nas suas necessidades individuais.

*“(...) agora começou a doer muito os mamilos e já não aguento a dor... (...) Eu cheguei à beira da enfermeira e disse-lhe que não ia conseguir... a ver se podia tirar com a máquina [bomba de extração de leite]... e se fosse da outra vez... do outro parto... disseram-me já que ‘tens que tentar dar o peito nem que tenhas...’, digamos... que uma pessoa tinha dores, não é? Uma pessoa tinha que lhe dar o peito... Desta vez não. (...) disse à enfermeira e comecei a tirar leite com a máquina... foi bom porque... a tirar com a máquina não me dói tanto e assim consigo dar na mesma o meu leite! Desta vez respeitaram o que eu queria...” E1*

Denotou-se no discurso de duas entrevistadas que sentiram ter sido promovido um **papel ativo do pai nos cuidados**. Uma entrevistada salientou o apoio que sentiu por parte do companheiro, durante o parto, enquanto outra mostrou agrado por as enfermeiras se dirigirem ao seu marido, potenciando a sua participação nos cuidados ao RN. De facto, Alcock et al. (1993) comprovaram que o modelo *primary nursing* oferece, aos membros da família, oportunidade para assumirem um papel ativo nos cuidados ao utente.

*“As enfermeiras dirigiam-se também ao meu marido. Acho que isso é importante. (...) A presença do pai, todo o dia ajuda e tornam-se mais participativos com a criança. Às vezes até veem-se pais que têm receio de pegar, de fazer e às vezes fazendo, sentindo que têm aqui a enfermeira que os ajuda, se necessário, isso facilita. Ele*

*muda as fraldas! Mesmo ele disse que nunca pensou ser capaz de fazer aquilo tão fácil!” E5*

Outra subcategoria que sobressaiu, integrada na categoria centralidade nas necessidades individuais da utente, remete para a **informação ao utente** e foi revelada nos discursos de quatro entrevistadas. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Sellick et al. (2003) que verificou que os enfermeiros a prestar cuidados sob o modelo *primary nursing* apresentam maior propensão a dar informação aos utentes, o que poderá contribuir para a sua satisfação com os cuidados de enfermagem, como refere Wan et al. (2011).

*“A comunicação com as enfermeiras foi boa. Falavam de tudo, das coisas...” E5*

Pereira et al. (2001) definem a “satisfação do utente como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos” (p.70). Wan et al. (2011) consideram que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem está intimamente relacionada com o relacionamento interpessoal entre os utentes e os enfermeiros. Depreendeu-se, dos discursos de todas as entrevistadas, a **satisfação com os cuidados de enfermagem** que receberam no internamento, no serviço de obstetrícia. Diversos autores comprovaram que a introdução do modelo *primary nursing* na prática de cuidados aumenta a satisfação dos utentes (Gardner, 1991; Johansson et al., 2002; Jonsdottir, 1999; Nissen et al., 1997; Sellick et al., 2003).

No seu discurso, três entrevistadas salientaram a simpatia das enfermeiras tal como Laakso e Routasalo (2001) comprovaram que os enfermeiros se apresentam mais amáveis com os utentes.

*“As enfermeiras foram todas muito simpáticas! Gostei muito dos cuidados de enfermagem. Desta vez... desta vez gostei muito. Desde o internamento, do outro lado [internamento de grávidas], até este lado daqui [puerpério], até este momento. Foi tudo como eu pedi. Acho que, se continuassem assim, acho que era melhor. Tem mais qualidade! (...) Ter uma enfermeira só tem coisas boas. Era bom, era continuar assim!” E1*

### 2.3. Conclusões

Com a aplicação do modelo *primary nursing* na prestação de cuidados de enfermagem à mulher, RN e família, durante o trabalho de parto e o período pós-parto, e após serem auscultadas as utentes sobre esta intervenção sistematizada, foi possível verificar que as mesmas reconheceram ter recebido um conjunto diversificado de ações de enfermagem, no decurso do internamento, e mostraram perceber, pela prática, algumas das vantagens outorgadas ao modelo *primary nursing* pela literatura internacional.

Ressalvar, contudo, que não constituiu objetivo, da análise efetuada, o estabelecimento de uma relação direta de causalidade entre a prestação de cuidados ao abrigo do modelo *primary nursing* e o aumento da satisfação das utentes com os cuidados de enfermagem, entre outros aspetos observados, face a outros modelos de prestação de cuidados, atendendo a não ter sido efetuado o estudo comparativo. Poderão, portanto, existir resultados que não estejam diretamente relacionados com a aplicação do modelo *primary nursing*, isto é, aspetos idênticos na assistência de enfermagem e na perceção da mulher poderiam ter ocorrido sob o modelo de organização de cuidados em vigor no serviço.

O controlo da dor constituiu um foco de enfermagem valorizado, no discurso das entrevistadas, tendo sido identificadas intervenções de enfermagem no âmbito do ensinar, explicar, instruir, treinar, apoiar e executar medidas de controlo da dor. A centralidade nas necessidades individuais da utente, promovida pelo modelo *primary nursing*, permitiu o controlo da dor, especificamente durante o TP. A informação oferecida sobre a analgesia epidural e outros recursos farmacológicos, a somar à instrução e treino das mulheres sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor, como a adoção de diferentes tipos de respiração, contribuiu para o seu bem-estar e para uma experiência positiva de parto. A implementação de medidas de controlo da dor, no momento em que necessitavam, e o apoio oferecido pela enfermeira nos momentos de dor, especificamente de TP, emergiram no discurso das entrevistadas, que reconheceram a importância de tais intervenções, valorizando positivamente as ações implementadas, traduzidas pela sua satisfação com os cuidados recebidos.

A atenção e informação dada às mulheres e conviventes significativos, pensando nas suas necessidades individuais, adicionado ao facto de ser dada informação relativa aos procedimentos de enfermagem a executar, tornando-os compreensíveis ou claros, foi identificado, pelas mesmas.

A amamentação constituiu, também, um foco de enfermagem mencionado no discurso das entrevistadas. Informação, instrução e treino relativos ao contacto pele a pele, aos cuidados a ter com os mamilos e apoio na técnica da mamada, recebidos no presente internamento, ao abrigo do modelo *primary nursing*, foram identificados, pelas entrevistadas, como elementos importantes no processo de estabelecimento da amamentação e, em casos específicos, também, à vinculação. A centralidade da intervenção de enfermagem nas necessidades individuais das mulheres em que assenta este modelo de prestação de cuidados concorreu para o atingimento dos propósitos particulares de cada uma, de acordo com o seu projeto de amamentação e noção de sucesso nesta experiência.

A preparação para a prestação de cuidados ao RN, inserida na preparação para a parentalidade, tais como os cuidados de higiene e conforto do RN e os cuidados ao coto umbilical e amamentação foram referidos pelas entrevistadas, que sentiram terem sido atendidas as suas necessidades. A promoção de um papel ativo do pai nos cuidados, à mulher e ao RN, foi potenciada pelas ações de enfermagem do tipo incentivar/envolver, facilitadas pela prestação de cuidados sob o modelo *primary nursing*.

O reconhecimento, pelas entrevistadas, da enfermeira de referência e do grupo de enfermeiras associadas foi evidenciado e é devido à relação estabelecida, entre si, durante o internamento e o processo de cuidados. De facto, a estreita relação enfermeiro-utente, percebida pelas mulheres, é atribuída ao modelo *primary nursing* como contributo dos seus pressupostos e dinâmica de cuidar. A individualização dos cuidados prestados, reunida com a continuidade de cuidados e a proximidade aos profissionais de saúde, promovidos por este modelo e pronunciada pelas entrevistadas, parecem ter exercido, também, influência na sua satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos.

São reconhecidas, no entanto, limitações da intervenção realizada, nomeadamente, o facto de não ser possível generalizar os resultados obtidos, atendendo às opções metodológicas adotadas. Quanto ao instrumento utilizado para a recolha de dados (entrevista semiestruturada), foi considerado adequado, podendo, contudo, ter sido prejudicado pelo momento selecionado para a sua aplicação. A realização da recolha de informação no dia da alta poderá ter levado a que a atenção das mulheres pudesse ser prejudicada, atendendo à ansiedade que apresentavam pelo regresso a casa. O cansaço sentido nos primeiros dias após o parto, decorrente, entre outros fatores, do TP e da prestação de cuidados ao RN poderá, também, ter levado a que a contribuição da mulher, nas entrevistas, pudesse ser comprometida. No entanto, e apesar disso, é de ressaltar a utilidade de proceder à realização das entrevistas no dia da alta pela memória recente das mulheres relativa aos cuidados

recebidos. Pretendeu-se, de facto, que as mulheres tivessem bem presente os acontecimentos ocorridos durante o internamento, o que se verificou.

Reconhecendo as limitações da intervenção, pensa-se, no entanto, que os resultados obtidos, através da sua divulgação, se poderão constituir como mote para a sensibilização dos enfermeiros para a mudança nas práticas, especificamente na organização dos cuidados de enfermagem, procurando a melhoria contínua dos cuidados oferecidos aos utentes.

Sugere-se, também, a realização de estudos direcionados para a compreensão da avaliação da equipa de enfermagem sobre a aplicação do modelo *primary nursing* na prática de cuidados. Considera-se, ainda, importante a realização de um estudo comparativo sobre os contributos do modelo *primary nursing* face aos contributos proporcionados pelos cuidados de enfermagem individuais, modelo de prestação de cuidados de enfermagem a vigorar, atualmente, no serviço de obstetria da ULSAM. Um estudo de cariz comparativo permitiria a melhor compreensão dos ganhos decorrentes da implementação do modelo *primary nursing*, na prática diária de cuidados de enfermagem, na área específica de obstetria.

Considerando que o papel do EESMOG se deve basear na procura contínua da prestação de cuidados de excelência, parece fundamental o desenvolvimento de um caminho de investigação sistemática que conduza à otimização do modelo de organização de cuidados de enfermagem em obstetria e à concretização dos projetos individuais de saúde/doença de cada mulher/casal/família.

## Conclusão

É na procura contínua da excelência do cuidar, no caminho de principiante a perito, que se encontra motivo para o aperfeiçoamento do desempenho profissional em enfermagem. De facto, como refere Couto (2002), cabe aos enfermeiros procurar formar-se continuamente na busca das necessidades dos seus utentes e dos seus próprios objetivos. A busca pela qualidade dos cuidados prestados à mulher, casal, RN, família e comunidade e pelo desenvolvimento pessoal e profissional conduziu à realização de um ENP.

A realização deste ENP permitiu, de facto, a integração de conhecimentos na área da saúde materna e obstetria, oferecendo capacidade para a tomada de decisão fundamentada, em situações de complexidade, particularmente, no contexto de cuidados hospitalares. A diversidade de situações vivenciadas conduziu a reflexões pertinentes sobre a essência do cuidar e a segurança dos cuidados. Com a prática em situação real, desenvolveram-se competências necessárias à assistência à mulher, RN e família, na vigilância do TP e implementação de técnicas de parto adequadas, executando intervenções seguras e de qualidade.

Foi efetuada intervenção ao nível da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação, produzindo aprendizagens promotoras da valorização profissional e do bom desempenho, enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Considera-se terem sido desenvolvidas competências científicas, técnicas, humanas, éticas, sociais e culturais, dando primazia a aspetos comunicacionais, na relação estabelecida com a utente, família e equipa de saúde multidisciplinar.

A prática do cuidar foi sustentada em referenciais teóricos de enfermagem que foram mobilizados e integrados, ao longo do processo de aprendizagem, face a diversas situações de cuidados que se encararam.

Como refere Brykczynski (2004), a enfermagem é caracterizada como uma relação de cuidar e a capacidade de envolvimento do enfermeiro com os utentes e familiares parece fulcral para ganhar perícia na enfermagem. Cuidar da pessoa de forma individualizada, contínua e integrada deve ser um imperativo da prática profissional do enfermeiro, perseguindo níveis mais elevados de satisfação do utente. Assim, o planeamento e implementação de uma intervenção baseada na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o modelo *primary nursing* justificaram-se pela determinação em alcançar o

máximo potencial de saúde de cada mulher. Foram diagnosticadas as necessidades individuais de cada mulher, implementando, em parceria com a mesma, intervenções de enfermagem ajustadas. Foi dada, também, primazia à avaliação dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, obtidas pelas mulheres.

Dando resposta a um dos principais pilares da Carta de Ottawa, “de ‘capacitar as pessoas’, para poderem tomar decisões inteligentes sobre a sua saúde” (Sakellarides, 2009, p.128), o empoderamento das utentes do seu processo de saúde-doença foi privilegiado, oferecendo, para isso, oportunidade de serem melhor informadas sobre a sua situação clínica e outros aspetos dos cuidados.

Considera-se terem sido obtidas evidências da utilidade da aplicação do modelo *primary nursing* na prática de cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia, reconhecendo, porém, a importância de realizar estudos suplementares, com vista à compreensão dos benefícios do modelo para a equipa e para o serviço.

## Referências Bibliográficas

- Adams, A., Bond, S., & Hale, C. (1998). Nursing organizational practice and its relationship with other features of ward organization and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1212-1222.
- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em Foco*, 38, 35-38.
- Alcântara, M. R., Silva, D. G., Freiburger, M. F., & Coelho, M. P. (2011). Teorias de enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 115-132.
- Alcock, D., Lawrence, J., Goodman, J., & Ellis, J. (1993). Formative evaluation: Implementation of primary nursing. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 25(3), 15-28.
- Almeida, M. L. (1996). *O sucesso no aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Andrade, J. S., & Vieira, M. J. (2005). Prática assistencial de enfermagem: Problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 261-265.
- Archibong, U. (1999). Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: A Nigerian study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 680-689.
- Aroso, A. (2011). Seminário "O parto não vigiado pela autoridade da ciência: Entre o encerramento de maternidades e o parto domiciliar em Portugal". *e-cadernos CES*, 11, 14-16.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.
- Blair, F., Sparger, G., Walts, L., & Nijhuis, H. (1982). Primary nursing in the emergency department: Nurse and patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 8(4), 181-186.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- Boitshwarelo, T. (2003). The phenomenon of primary nursing: Beyond the ordinary. *Creative Nursing*, 9(1), 12-13.
- Bowers, L. (1989). The significance of primary nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), 13-19.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. II). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2ª ed., Vol. I). New York: Basic Books.
- Brazão, R. (2010). Analgesia e anestesia no parto. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (4º ed., cap. 32, pp. 356-364). Lisboa: Lidel.
- Brykczynski, K. A. (2004). Patricia Benner - De principiante a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 12, pp. 185-207). Loures: Lusociência.
- Can, G., Akin, S., Aydiner, A., Ozdilli, K., & Durna, Z. (2008). Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patient's satisfaction. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(4), 387-392.
- Carmona, L. M., & Laluna, C. M. (2002). "Primary nursing": Pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(1), 12-17.
- Centeno, M. (2010). Puerpério e lactação. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed., cap. 34, pp. 372-380). Lisboa.
- Chaves, C., Duarte, J., Mateus, T., Castro, C., Marques, C., Costa, C., Moreira, C., Coelho, K., Silva, R., & Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela. *Millenium*, 43, 47-77.
- Chavigny, K., & Lewis, A. (1984). Team or primary nursing care? *Nursing Outlook*, 32(6), 322-327.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIFE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, 30, 234-251.
- Coutinho, E. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Millenium*, 30, 29-37.
- Couto, G. (2002). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Dissertação de candidatura ao

- grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. J. (1985). Transitions to parenthood: His, hers and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451-481.
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S., & Luz, M. H. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 98-104.
- Culpepper, R. C., Sinclair, V. G., & Mason-Betz, L. (1986). The effect of primary nursing on nursing quality assurance. *The Journal of Nursing Administration*, 16(11), 24-31.
- Cunha, I. C., & Neto, F. R. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: Um novo velho desafio? *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3), 479-482.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2012). *Obstetrícia de Williams* (23ª ed.). Porto Alegre: AMGH Editora.
- Daeffler, R. J. (1975). Patient's perception of care under team and primary nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 5(3), 20-26.
- Decreto-Lei n.º12/2009, de 12 de janeiro. Diário da República I Série. N.º7 (2009-01-12), 231.
- Decreto-Lei n.º15/92, de 4 de fevereiro. Diário da República I Série-A. N.º29 (92-02-04), 713-714.
- Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de abril. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República I Série-A. N.º 93 (98-04-21), 1739-1757.
- Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República I Série-A. N.º205 (96-09-04), 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º183/2008, de 4 de setembro. Diário da República I Série. N.º171 (2008-09-04), 6225-6233.
- Decreto-Lei n.º322/87, de 28 de agosto. Diário da República I Série. N.º197 (87-08-28), 3332.
- Departamento de Saúde Pública. (2012). *Perfil local de saúde 2012: ULS Alto Minho*. Porto: ARS Norte, I.P. Recuperado em 03 de maio de 2014, de [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/ACES/PLS2012\\_1901\\_AltoMinho.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/ACES/PLS2012_1901_AltoMinho.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Autor. Recuperado em 19 de abril de 2013, de [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter\\_Ganhos\\_em\\_Saude2.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf)

- Dossena, E., Orlando, L., Di Leo, M., Roveda, L., & Grossi, C. (2010). Responsibility, autonomy, visibility. Are we ready to the primary nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 532-532.
- Fairbrother, G. (2010). *Team-based versus patient allocation systems in nursing: A comparative evaluation and socio-cultural discussion*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Sydney, Australia.
- Fakouri, C. H. (2004). Lydia E. Hall: Modelo de núcleo, cuidar e curar. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 10, pp. 151-162). Loures: Lusociência.
- Ferreira, L. (2010). *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado em 19 de abril de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Gardner, K. (1991). A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research*, 40(2), 113-117.
- Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Graça, L. C., Figueiredo, M. D., & Conceição, M. T. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 429-436.
- Harding, T. A. (2010). Do leadership skills impact clinical decisions made by ward managers? *Nurse Leader*, 8(1), 42-45.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011a). *Censos 2011*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011b). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: Autor.

- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care in the context of health care: A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
- Jonsdottir, H. (1999). Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: The nurses' experience. *Journal of Nursing Management*, 7(4), 235-242.
- Jorge, I. C., & Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*, 43(6), 290-296.
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O., & Francis, K. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 16-24.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1998). Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 19(1), 4-12.
- Laakso, S., & Routasalo, P. (2001). Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 475-483.
- Laville, C., Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Levy, L., & Bertolo, H. (2007). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Lopes, N. G. (1995). Da investigação à qualidade: As condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, 34-39.
- Lopes, S., & Fernandes, P. G. (2005). O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. *Sinais Vitais*, 63, 36-42.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- MacGuire, J., & Botting, D. (1990). The use of the ethnograph program to identify the perceptions of nursing staff following the introduction of primary nursing in an acute medical ward for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10), 1120-1127.
- MacLeod, L. (2012). A broader view of nursing leadership: Rethinking manager: Leader functions. *Nurse Leader*, 10(3), 57-61.

- Magalhães, A. M. M., & Juchem, B. C. (2000). Primary Nursing: Adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21(2), 5-18.
- Manthey, M. (1973). Primary nursing is alive and well in the hospital. *American Journal of Nursing*, 73(1), 83-87.
- Manthey, M. (2009). The 40 th anniversary of primary nursing: Setting the record straight. *Creative Nursing*, 15(1), 36-38.
- McMahon, R. (1990). Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchical ward management structures. *Journal Advanced Nursing*, 15(2), 232-239.
- Meighan, M. M. (2004). Ramona T. Mercer: Consecução do papel maternal. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 26, pp. 521-541). Loures: Lusociência.
- Melchior, M., Halfens, R., Abu-Saad, H., Philipsen, H., Berg, A., & Gassman, P. (1999). The effects of primary nursing on work-related factors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 88-96.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., Deanne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing*, 23(1), 12-28.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.
- Micaelo, F., Costa, I. A., Valente, J. P. O., & Antunes, N. S. (2013). Florence Nightingale: Vida e obra da fundadora da enfermagem moderna. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 33, 10-15.
- Neil, R. M. (2002). Jean Watson: Filosofia e ciência do cuidar. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 11, pp. 163-183). Loures: Lusociência.
- Nissen, J. M., Boumans, N. P., & Landeweerd, J. A. (1997). Primary nursing and quality of care: A Dutch study. *International Journal of Nursing Studies*, 34(2), 93-101.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Disposições estatutárias relativamente ao reconhecimento de competência do enfermeiro e do enfermeiro especialista*. Recuperado em 19 de abril de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/DesenvolvimentoProfissional.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada*. Lisboa: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Genebra: Autor.
- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento materno : Importância da correcção da pega no sucesso da amamentação: Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M. G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 69-80.
- Pfetscher, S. A. (2004). Florence Nightingale: Enfermagem moderna. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 6, pp. 73-93). Loures: Lusodidacta.
- Pinheiro, M. F. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42(6), 311-319.
- Pontin, D. (1999). Primary nursing: A mode of care or a philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 584-591.
- Regulamento n.º122/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 35º, Série II.
- Regulamento n.º127/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Diário da República, 35º, Série II.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. (2009). Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 901-905.
- Sakellarides, C. (2009). *Novo contrato social da saúde: Incluir as pessoas*. Loures: Diário de Bordo.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Porto Alegre: Penso Editora.

- Sellick, K. J., Russell, S., & Beckmann, J. L. (2003). Primary nursing: An evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 541-551.
- Shukla, R. K. (1981). Structure vs. people in primary nursing: An inquiry. *Nursing Research*, 30(7), 236-241.
- Shukla, R. K., & Turner, W. E. (1984). Patient's perception of care under primary and team nursing. *Research in Nursing & Health*, 7(2), 93-99.
- Sieloff, C. L. (2004). Imogene King. Estrutura de sistemas de interação e teoria da consecução de objectivos. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 19, pp. 377-403). Loures: Lusociência.
- Smith, M. J. (1996). Humanistic behaviors and primary nursing practice. *Applied Nursing Research*, 9(1), 33-36.
- Streubert, H. J., Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Thomas, L. (1992). Qualified nurse and nursing auxiliary perceptions of their work environment in primary, team and functional nursing wards. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 373-382.
- Thomas, L. (1994). A comparison of the verbal interactions of qualified nurses and nursing auxiliaries in primary, team and functional nursing wards. *International Journal of Nursing Studies*, 31(3), 231-244.
- Thompson, P. A. (2009). Creating leaders for the future. *American Journal of Nursing*, 109(11), 50-52.
- Tomey, A. M. (2004). Virginia Henderson: Definição de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., cap. 8, pp. 111-125). Loures: Lusociência.
- UNICEF. (2012). *Dez medidas para ser considerado hospital amigo dos bebés*. Portugal: Organização Mundial de Saúde. Recuperado em 03 de maio de 2013, de <http://www.unicef.pt/docs/Unicef-10-medidas-para-BFHI.pdf>
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2012). *Relatório e contas 2012*. Viana do Castelo: Autor.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2013a). *Missão, visão, valores da ULSAM*. Viana do Castelo: Autor.

- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2013b). *Estratégia de Enfermagem da ULSAM*. Viana do Castelo: Autor.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2013c). *Plano de actividades ano 2014: Serviço de ginecologia/obstetrícia*. Viana do Castelo: Autor.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2014). *Instrução de trabalho 031:Transferência individualizada dos cuidados na passagem de turno*. Viana do Castelo: Autor.
- Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.
- Ventura, M. R., Fox, R. N., Corley, M. C., & Mercurio, S. M. (1982). A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. *Nursing Research*, 31(4), 226-230.
- Walker, N. C., & O'Brien, B. (1999). The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes. *Clinical Research*, 8(2), 119-134.
- Wan, H., Hu, S., Thobaden, M., Hou, Y., & Yin, T. (2011). Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Contemporary Nurse*, 37(2), 149-159.
- Watson, J. (1978). Patient evaluation of a primary nursing project. *Australian Nursing Journal*, 8(5), 30-33.
- Wilson, N. M., & Dawson, P. A. (1989). A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting. *International Journal of Nursing Studies*, 26(1), 1-13.
- World Health Assembly 54.7. (2001). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 04 de abril de 2012, de [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/ea547.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea547.pdf)>



## Apêndices

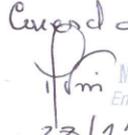


Apêndice 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULSAM



COMISSÃO de ÉTICA

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

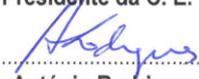
*Concedido*  
  
Maria do Céu Faia  
Enfermeira Directora  
23/11/2013

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, para a realização de um projeto de investigação, sendo a investigadora, **Rita Filipa Parente Pacheco**, Enfermeira a exercer funções na ULS-AM, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, cujo tema é: **“Modelo «Primary Nursing»: Contributos na Assistência à Mulher/ Recém-Nascida/Família, durante o Trabalho de Parto e o Puerpério”**.

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 19 de Novembro de 2013

O Presidente da C. E.

  
.....  
(Dr. António Rodrigues)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
13-10-31 63757
DO ALTO MINHO, E.P.E.

Comissão de Ética

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

Dr. Franklin Ramos

04/11/2013

Rita Filipa Parente Pacheco, enfermeira generalista, com o número mecanográfico 3236, a exercer funções no serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, desde 2009, e aluna do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a ser leccionado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, encontra-se, actualmente, a desenvolver o Estágio de Natureza Profissional, inserido no Plano de Estudos do 2º ano do curso, no serviço de Obstetrícia da ULSAM, mais especificamente, no Bloco de Partos, tendo como tutoras, as Enfermeiras Especialistas Olinda Vintém e Margarida Zenha.

Integrado nos objectivos do presente estágio profissional, pretende desenvolver um estudo, intitulado «Modelo "Primary Nursing": Contributos na Assistência à Mulher/Recém-Nascido/Família, durante o Trabalho de Parto e o Puerpério».

Com este estudo, procurar-se-á compreender se a prestação de cuidados de enfermagem por um enfermeiro de referência, em colaboração com enfermeiros associados, desde a admissão da grávida, no serviço de obstetrícia, até à sua alta, enquanto puérpera, exerce influência sobre a sua satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos. Para atingir este objectivo será aplicado o modelo de prestação de cuidados por enfermeiro de referência, defendido por Marie Manthey, na prática diária da estudante, como profissional e estagiária do serviço. À data da alta, aplicar-se-á uma entrevista semi-estruturada (em anexo) à utente participante do estudo e, paralelamente, procurar-se-á auscultar a equipa de enfermagem do serviço, efectuando, para isso, uma análise SWOT, com vista a compreender a aplicabilidade e utilidade do modelo de prestação de cuidados em análise (ver anexo).

De salientar, que atenderei sempre aos princípios éticos inerentes a qualquer estudo de investigação, solicitando o consentimento informado, de cada utente, para participação no estudo e preservando a confidencialidade dos dados recolhidos e a dignidade humana de cada participante.

Mais se informa que se prevê que o trabalho de campo decorra no período compreendido entre Novembro de 2013 e Fevereiro de 2014, sob orientação da Prof.ª Augusta Delgado e da Enf.ª Sandrina Alves.

Solicita-se autorização para aplicação do estudo e dos referidos instrumentos de recolha de dados na instituição que preside, e que o presente pedido de autorização seja extensivo à Comissão de Ética desta Unidade Hospitalar.

Comissão de Ética  
n.º 69  
2013-11-06

Disponibilizo os meus contactos, para qualquer esclarecimento adicional que considere necessário:

Telemóvel – 967735125

e-mail – [ritafilipa@portugalmail.pt](mailto:ritafilipa@portugalmail.pt)

Pede deferimento,

  
\_\_\_\_\_  
(Rita Filipa Parente Pacheco)

Viana do Castelo, 24 de Outubro de 2013

*Tomei conhecimento  
Nada - gpa  
Saul, mto*

## Apêndice 2 – Consentimento informado



## CONSENTIMENTO INFORMADO

*«Modelo “primary nursing”: contributos na assistência à  
mulher/recém-nascido/família,  
durante o trabalho de parto e o período pós-parto»*

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui elucidada sobre os objetivos do estudo e da recolha de dados através de entrevista e que a mesma será gravada e transcrita, com garantias de confidencialidade e anonimato, pelo que aceito participar no estudo intitulado: *«Modelo “primary nursing”: contributos na assistência à mulher/recém-nascido/família, durante o trabalho de parto e o período pós-parto»*.

\_\_\_\_\_

Viana do Castelo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Apêndice 3 – Guião da entrevista



## GUIÃO DA ENTREVISTA

*«Modelo “primary nursing”: contributos na assistência à  
mulher/recém-Nascido/família,  
durante o trabalho de parto e o período pós-parto»*

[Inicialmente, a entrevistadora identifica-se e recorda que, como havia sido combinado, a puérpera será auscultada sobre alguns aspetos relativos ao seu internamento. Informa, ainda, e pede autorização para que a conversa seja gravada, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos e que a gravação não será usada para quaisquer outros propósitos que não os do presente estudo.]

**1.** Descreva os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados desde o momento do seu internamento até ao dia de hoje.

**1.1.** O que esperava/necessitava e o que obteve? **Ou** Como se sente em relação aos cuidados de enfermagem que obteve?

*(Serão elaborado tópicos de ajuda atendendo à avaliação inicial da utente.)*

**2.** Quando foi internada, foi-lhe apresentado um grupo de enfermeiras que lhe iriam prestar cuidados. [Averiguar se a utente consegue reconhecer o grupo]. Como se sentiu com este método de prestação de cuidados?

**2.1.** O que pensa deste método?

**2.1.1.** Que vantagens/aspetos positivos?

**2.1.2.** Que desvantagens/aspetos negativos?

**2.3.** Que sugestões daria para a melhoria dos cuidados de enfermagem?

*Obrigada pela colaboração!*



Apêndice 4 – Quadro matriz de redução de dados



## Análise de conteúdo

**Área temática 1: Ações de enfermagem percebidas pela mulher, aquando da prestação de cuidados de enfermagem segundo o modelo *primary nursing*, durante o internamento no serviço de obstetrícia**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de análise</b>
<p><b>Ensinar/Explicar</b></p> <p>[Ensinar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde]</p> <p>[Explicar: tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém]</p>	Controlo da dor	<p><i>“E mesmo quando tive aquelas dores fortes as enfermeiras ajudaram-me e explicaram-me como devia fazer para correr tudo bem e conseguir... como dizer... ter depressa o bebé... porque eu estava mesmo aflita! (...)”</i> E1</p> <p><i>“Fui informada sobre a epidural tudo direitinho! Explicaram tudo muito bem explicadinho. (...) Quando vinha estava indecisa em fazer a epidural porque também não sabia bem como era... mas explicaram-me tudo direitinho e eu não queria sofrer como da outra vez!”</i> E2</p> <p><i>“Quando as enfermeiras puseram a medicação no soro disseram-me que ia ajudar mas que não tirava as dores todas e... assim eu já sabia!”</i> E4</p> <p><i>“A epidural, no curso de preparação para o parto, foi assim ao de leve... Aqui falaram-me logo sobre a epidural. Logo no dia em que fui internada, a enfermeira [de referência] explicou-me como era e até me mostrou uma capa a explicar.”</i> E6</p>

	<p>Procedimentos de enfermagem</p>	<p><i>“As enfermeiras tiveram sempre o cuidado de me explicar o que iam fazer e ajudaram-me muito em tudo... Explicaram-me tudo o que se passava (...) As enfermeiras também perguntaram ao meu marido se ele queria saber mais alguma coisa ou assim.” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras explicaram direitinho o que iam fazer! Nem precisei de perguntar nada que me diziam logo!” E2</i></p> <p><i>“As enfermeiras explicaram tudo, informaram-me de tudo o que iam fazer, para que é que faziam... lá nisso, foi bem explicado, fui bem informada. Mesmo quando foi para a cesariana, explicaram-me porque tinha que ser e pronto... eu percebi...” E3</i></p> <p><i>“Explicaram-nos sempre tudo o que iam fazer...” E4</i></p> <p><i>“As enfermeiras esclareciam as dúvidas. Mesmo quando estava ali no bloco de partos uma enfermeira explicou ao meu marido tudo o que ia fazer, o que se ia passar e tudo.” E5</i></p> <p><i>“Explicaram-nos tudo... Desde o início... Eu não sabia como era quando fui internada e a enfermeira explicou-me como era para induzir ao parto e como podia correr... (...) As enfermeiras falaram-me porque é que me iam dar esta medicação, aquela. O que iam fazer... quando fui para cesariana também me explicaram porque é que tinha que ser... Falaram-me de tudo! Nem precisava perguntar as coisas! Elas falavam logo” E6</i></p>
	<p>Amamentação</p>	<p><i>“(...) E também explicaram-me o que fazer para tratar os mamilos... nos outros não sabia... Acho que assim vou conseguir...” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras explicaram direitinhas as coisas todas sobre o contacto pele a pele antes do parto...” E2</i></p> <p><i>“Eu já tinha experiência na amamentação mas já me explicaram coisas que eu não sabia. É bom saber coisas novas!” (Risos) E3</i></p> <p><i>“As enfermeiras explicaram como é a amamentação...” E6</i></p>

	Parentalidade [Cuidados ao RN]	<p><i>“Falaram em tudo... sobre a amamentação, o cordão, o banho... Eu não sabia bem como se... como se tratava do cordão e ensinaram-me!” E3</i></p> <p><i>“As enfermeiras falaram-me de tudo sobre os cuidados ao bebé... As enfermeiras faziam as coisas a primeira vez e explicavam-me como era.” E6</i></p>
<p><b>Instruir/Treinar</b></p> <p>[Instruir: fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa]</p> <p>[Treinar: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa]</p>	Controlo da dor	<p><i>“Diziam-me como respirar para não ter tanta dor...” E4</i></p> <p><i>“Ensinaram-me, também, como devia respirar quando tinha contrações.” E6</i></p>
	Amamentação	<p><i>“Mostraram-me que ao fim de dar o peito, as gotinhas de leite que saíam, limpar assim, esfregar no mamilo que é para não gretar e esperar uns minutinhos depois... eu não sabia.” E3</i></p> <p><i>“Explicaram-me as coisas e ajudaram-me a colocar o bebé na mama...” E6</i></p>
	Parentalidade [Cuidados ao RN]	<p><i>“As enfermeiras ajudaram o pai a aprender os cuidados ao bebé... no início! Ajudaram-no a fazer as coisas...” E5</i></p> <p><i>“Quanto aos cuidados ao bebé... correu tudo bem. As enfermeiras faziam as coisas a primeira vez e explicavam-me como era. A seguir já era eu que fazia e elas viam se estava a fazer bem. E o pai também ajudou muito! Fomos, eu e o pai, a dar banho e assim.” E6</i></p>
<p><b>Executar</b></p> <p>[Desempenhar uma tarefa técnica]</p>	Medidas de controlo da dor	<p><i>“As enfermeiras deram-me medicação no soro, logo que entrei na sala dos partos. Ajudou... Fiquei melhor.” E4</i></p> <p><i>“Quando senti dor, atuaram logo... As enfermeiras chamaram o anestesista e deram a epidural e aliviou bastante.” E5</i></p> <p><i>“A dor esteve controlada... Não tive muita dor e, também, as enfermeiras davam-me logo medicamentos. Achava que ia ter mais dor. Não custou muito... Fiz epidural logo que comecei com mais dores...” E6</i></p>

<p><b>Incentivar/ Envolver</b>          [Incentivar: levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade]          [Envolver: ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros]</p>	<p>Parentalidade          [Cuidados ao RN executados pelo pai]</p>	<p><i>“As enfermeiras foram muito atenciosas com o meu marido. Quando ele estava cá, diziam para pegar no bebé e fazer as coisas...” E3</i></p> <p><i>“As enfermeiras puxavam por ele para participar nos cuidados ao bebé! (...) As enfermeiras envolveram o meu marido que estava cá muitas vezes e muito tempo. Ajudaram explicando coisas que ele não sabia. E envolvendo-o! Não só no banho mas também noutras coisas...” E6</i></p>
<p><b>Apoiar</b>          [Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar]</p>	<p>Controlo da dor</p>	<p><i>“As enfermeiras ajudaram-me, ajudaram-me na dor! Estavam sempre lá comigo a ajudar-me a respirar e isso é muito importante! As enfermeiras tiveram um papel importante! (...) Na altura do parto, as enfermeiras estavam sempre connosco... gostei muito! Senti-me bem porque as enfermeiras estavam sempre por perto para ajudar!” E1</i></p> <p><i>“Quando fiz a epidural senti-me bem, muito bem apoiada pelas enfermeiras. Ajudaram-me muito a portar bem porque já tinha as dores... (...) As enfermeiras que estão à volta no parto são importantes para ajudar a controlar! E foram todas impecáveis!” E2</i></p> <p><i>“As enfermeiras ajudaram-me a controlar a dor (...) Quando estava mais aflita, como hei de dizer... quando rebentaram as águas fiquei com mais dores e as enfermeiras ficaram comigo...” E4</i></p>
	<p>Amamentação</p>	<p><i>“As enfermeiras ajudaram-me no início da amamentação...” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras ajudaram no contacto pele a pele. A equipa foi muito boa! Eu tinha dito que queria e fizeram-me a vontade! (...) A amamentação tá a ser diferente da primeira, que acho que ele tá a pegar melhor... Senti-me apoiada pelas enfermeiras. Não esperava ter mais apoio. Está impecável, mesmo! Correu tudo bem, mesmo. Ajudaram-me muito...” E2</i></p>

		<p><i>“Dei de mamar aos outros filhos e também estava a contar dar de mamar a este! Correu tudo bem! Ajudaram-me no início e depois eu já não precisava!” E4</i></p> <p><i>“Eu queria dar de mamar... aprendi na preparação... Aqui, as enfermeiras ajudaram-me muito na amamentação... Quando chamava vinham ajudar-me, fosse de dia ou de noite. Senti-me apoiada na amamentação...” E5</i></p> <p><i>“As enfermeiras ajudaram-me. Não sabia como era a amamentação mas as enfermeiras estavam sempre por perto... Explicaram-me as coisas e ajudaram-me a colocar o bebé na mama...” E6</i></p>
<p><b>Atender</b> [Estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa]</p>	<p>Necessidades da utente</p>	<p><i>“As enfermeiras foram muito prestáveis, sempre que eu precisava. Vinham muitas vezes à nossa beira... (...) Na altura do parto, as enfermeiras estavam sempre... preocupadas em saber se estava tudo bem... tanto no parto como cá dentro [no puerpério] a saber se estava tudo bem e esclareciam as nossas dúvidas!” E1</i></p> <p><i>“Elas todas [as enfermeiras] tinham simpatia e atenção com uma pessoa.” E2</i></p> <p><i>“As enfermeiras estavam sempre a vir à minha beira... (...) Ali a perguntar-me se estava bem, se sentia alguma coisa, se não sentia. (...) Sempre atenciosas, a ver se eu precisava de alguma coisa. Foram excelentes!” E3</i></p> <p><i>“No puerpério, as enfermeiras estavam sempre a perguntar se tinha dores e precisava de alguma coisa... Estava à vontade para colocar dúvidas. (...)as enfermeiras estão sempre preocupadas em ajudar! Estavam sempre disponíveis!”” E4</i></p> <p><i>“As enfermeiras estavam sempre alerta à dor e também quando eu precisava pedia!” E5</i></p> <p><i>“No parto, as enfermeiras falavam das coisas. Perguntavam se estava contente, se precisava de mais alguma coisa... Por acaso foi bom... Correu bem.” E6</i></p>

	Necessidades do pai	<p><i>“As enfermeiras estavam sempre a perguntar se o meu marido estava bem... se precisava de alguma coisa... perguntaram-lhe se ele queria saber mais alguma coisa ou assim. Foi muito bom, mesmo!” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras deram apoio ao pai.” E2</i></p> <p><i>“As enfermeiras foram muito atenciosas com o meu marido.” E3</i></p>
--	---------------------	---

**Área temática 2: Perceção da mulher sobre o modelo *primary nursing* aplicado à prestação de cuidados de enfermagem, durante o internamento no serviço de obstetrícia**

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Reconhecimento da enfermeira de referência e do grupo de enfermeiras associadas		<p><i>“Já a conhecia [a enfermeira de referência]! (...) antes [nos internamentos anteriores] era sempre uma enfermeira diferente, quase todos os dias era quase uma pessoa diferente... era muito raro ser a mesma pessoa. Agora não... foram muitas vezes as mesmas enfermeiras... Por exemplo, a enfermeira X esteve comigo muitas vezes...” E1</i></p> <p><i>“Senti-me bem... Aquelas enfermeiras... já estava familiarizada, já conhecia o rosto, já me sentia mais à vontade com elas e tudo.” E3</i></p> <p><i>“Ter uma enfermeira [de referência] tem aspetos positivos porque uma pessoa... pelo menos dos outros... agora via uma, via outra... estavam sempre a mudar... (...) Dos outros, uma pessoa acabava por não ter confiança com uma ou com outra. E agora sim!” E4</i></p> <p><i>“Eu já conhecia as enfermeiras...” E5</i></p> <p><i>“Ter uma enfermeira é importante. (...) As mesmas enfermeiras acompanham sempre.” E6</i></p>

Cuidados individualizados		<p><i>“E a enfermeira [de referência] sabia tudo o que eu queria e facilitava! (...) ela estava sempre preocupada que as coisas fossem como eu queria... não me impuseram nada! Das outras vezes, as enfermeiras não sabiam aceitar bem as coisas.” E1</i></p> <p><i>“Fizeram tudo como eu queria e tinha pedido!” E4</i></p> <p><i>“Acompanham mais de perto, no espaço, o processo, estão mais dentro do que se passa.” E6</i></p>
Estreita relação enfermeiro-utente		<p><i>“(...) quando nos iam examinar, por exemplo, já estava mais à vontade... não era sempre uma enfermeira diferente a examinar a pessoa. (...) Eu depois já estava à vontade para fazer qualquer pergunta. E acho que das outras vezes não. (...) como hei de dizer... a enfermeira [de referência] é como se fosse da família... uma pessoa já não se sente sozinha!” E1</i></p> <p><i>“Já me sentia mais à vontade com elas [as enfermeiras] e tudo. Deixam o doente mais à vontade.(...) O doente não sente tanto a falta da família... tem ali as enfermeiras que vão sempre ali (...) as caras já são mais conhecidas, mais familiares e já me conheciam! Aquelas enfermeiras já estavam familiarizadas, já conhecia o rosto, já me sentia mais à vontade com elas e tudo!” E3</i></p> <p><i>“Dos outros, uma pessoa acabava por não ter confiança com uma ou com outra. E agora sim! É mais vantajoso ter uma enfermeira [de referência] porque ao entrar acaba por se ter mais confiança com ela, já a conheço mais um bocado e depois uma pessoa geralmente tem sempre aquela tendência a ir para aquela pessoa... para ali!” E4</i></p> <p><i>“Foi bom... estava mais à vontade! Eu tinha mais confiança para falar das coisas e sabia que... se precisasse... ela [a enfermeira de referência] vinha sempre e ajudava-me... também quando estavam só as outras enfermeiras... também me ajudavam... foi tudo bom! Acho que não há aspetos negativos... não sei... eu acho que é bom... ela [a enfermeira de referência] ajudou-me mesmo quando o meu bebé foi para cima [para a neonatologia] ... tem-se sempre aquela pessoa...” E5</i></p> <p><i>“Sentimo-nos mais à vontade por a enfermeira ser a mesma. Ganha-se mais confiança, mais à vontade com as</i></p>

		<i>enfermeiras. Já as conhecia e assim não tinha vergonha de falar as coisas! É como se já as conhecesse [às enfermeiras] há muito!” E6</i>
Continuidade de cuidados		<p><i>“Foi bom porque não tínhamos que estar sempre a dizer a mesma coisa, sempre, já conheciam, já sabiam aquilo que tinha acontecido. Acho isso bom, digamos assim. Porque assim já não tínhamos que estar sempre a dizer a mesma coisa a 3 ou 4 enfermeiras diferentes. Isso ajuda muito. (...) E, de manhã, a enfermeira já sabia e já não preciso estar a explicar outra vez que tinha dor ou qualquer coisa. Ela já sabia tudo. E acho que isso é importante.” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras perguntam e depois vêm, muda de turno, a outra enfermeira já sabe tudo e já estamos mais habituadas àquilo...” E3</i></p> <p><i>“Quando não estava a enfermeira [de referência], tinha sempre alguém! E as outras enfermeiras [associadas] sabiam de tudo da gente! Não tinha que estar sempre a dizer o mesmo!” E4</i></p>
Proximidade aos profissionais de saúde		<p><i>“E quando for para casa... como tenho o contacto da enfermeira... posso-lhe ligar se precisar e isso é bom...” E1</i></p> <p><i>“E posso ligar se precisar, é bom...” E4</i></p> <p><i>“(...) se precisar, sei que posso telefonar! Para o serviço e para a enfermeira também!” E6</i></p>
Centralidade nas necessidades individuais da utente	Controlo da dor	<p><i>“Experimentei a bola de pilates. Achei interessante! Aliviou um bocadinho mas na dor forte... claro que aquilo não ia tirar 100% a dor mas aliviou um bocado! E uma pessoa também estava distraída e tudo! A dor do parto foi mais complicada! Das outras vezes não foi assim! (...) Mas se tivesse outro filho levava outra vez a epidural! Apesar desta vez ter doído na altura do parto, a epidural alivia muito nas contrações o que é bom! Queria outra vez!” E1</i></p> <p><i>“No outro parto não fiz epidural mas neste sim... Ai... não tem nada a ver! Com a epidural é melhor, que uma pessoa não sofre tanto, não é? É totalmente diferente... não senti nada, as pessoas foram impecáveis. (...) Não</i></p>

		<p><i>teve nada a ver com o outro que senti tudo... Foi muito bom! Ainda bem que fiz a epidural porque assim uma pessoa não sofre tanto.” E2</i></p> <p><i>“Agora foi um espetáculo. Agora não senti nada, não tive dores. O controlo da dor foi como necessitava.” E3</i></p> <p><i>“O parto correu como eu queria e não tive muita dor. A dor do parto e depois do parto era o que estava a pensar. Não fiz epidural. Acho que consegui aguentar a dor... com a respiração certa foi mais fácil. Também me deram medicação no soro, logo que entrei na sala dos partos. Ajudou... Fiquei melhor.” E4</i></p> <p><i>“Eu já vinha com ideia de fazer epidural e falaram-me nas aulas de preparação para o parto... Quando senti dor atuaram logo... As enfermeiras chamaram o anestesista e deram a epidural e aliviou bastante. A epidural foi uma coisa boa, positiva.” E5</i></p> <p><i>“A dor esteve controlada... Não tive muita dor e, também, as enfermeiras davam-me logo medicamentos. Achava que ia ter mais dor. Não custou muito... Fiz epidural logo que comecei com mais dores... e a respiração ajudou muito. Dava para aliviar a dor.” E6</i></p>
	<p>Vinculação [Contacto pele a pele]</p>	<p><i>“Mal o menino nasceu a enfermeira pô-lo em cima de mim e ele começou logo à procura da mama! É muito bom senti-lo assim tão perto e ficamos assim um bom bocado! E comecei logo a dar de mamar! Correu bem!” E1</i></p> <p><i>“O contacto pele a pele correu muito bem! Foi bom. Tê-lo assim aqui, encostadinho, ainda cheinho de sangue e com aquelas coisinhas todas... Foi ótimo, ótimo mesmo!” E2</i></p> <p><i>“Antes, na sala de partos não era assim! Agora, ficamos aquele tempo, aquelas duas horas ou três ali com o bebé no colinho depois do parto! Dantes... mal o bebé nascia... vínhamos logo para dentro! Agora é melhor!” E4</i></p>
	<p>Amamentação</p>	<p><i>“(...) agora começou a doer muito os mamilos e já não aguento a dor... (...) Eu cheguei à beira da enfermeira e disse-lhe que não ia conseguir... a ver se podia tirar com a máquina [bomba de extração de leite] ... e se fosse da outra vez... do outro parto... disseram-me já que “tens que tentar dar o peito nem que tenhas...”, digamos...</i></p>

		<p><i>que uma pessoa tinha dores, não é? Uma pessoa tinha que lhe dar o peito... Desta vez não. (...) disse à enfermeira e comecei a tirar leite com a máquina... foi bom porque... a tirar com a máquina não me dói tanto e assim consigo dar na mesma o meu leite! Desta vez respeitaram o que eu queria...” E1</i></p> <p><i>“A amamentação tá a ser diferente da primeira, que acho que ele tá a pegar melhor... Senti-me apoiada pelas enfermeiras. Não esperava ter mais apoio. Está impecável, mesmo! Não tenho queixa, mesmo nenhuma! Correu tudo bem, mesmo. Ajudaram-me muito...” E2</i></p> <p><i>“Dei logo de mamar quando cheguei aqui da cesariana... esperaram por mim... foi bom! A amamentação está a ser muito positiva, muito, muito.” E3</i></p>
	<p>Promoção de um papel ativo do pai nos cuidados</p>	<p><i>“Foi bom que o meu marido estivesse lá porque ajudou-me muito! Deu-me força e... aguentou-se muito bem! Tirou fotografias logo que o bebé nasceu e foi ele que cortou o cordão umbilical! Correu tudo bem... as enfermeiras também falavam com ele e deixaram-no fazer tudo! É bom o pai poder estar connosco o tempo todo!” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras dirigiam-se também ao meu marido. Acho que isso é importante. (...) A presença do pai, todo o dia ajuda e tornam-se mais participativos com a criança. Às vezes até veem-se pais que têm receio de pegar, de fazer e às vezes fazendo, sentindo que têm aqui a enfermeira que os ajuda, se necessário, isso facilita. Ele muda as fraldas! Mesmo ele disse que nunca pensou ser capaz de fazer aquilo tão fácil!” E5</i></p>
	<p>Informação ao utente</p>	<p><i>“Quanto à informação que me deram... correu bem... como eu queria...” E1</i></p> <p><i>“Eu acho que não havia nada a ser melhorado na informação. Estou muito satisfeita! Também vocês explicam tudo direitinho!” E4</i></p> <p><i>“A comunicação das enfermeiras connosco foi ao encontro daquilo que precisávamos, sem dúvida.” E5</i></p> <p><i>“A comunicação com as enfermeiras foi boa. Falavam de tudo, das coisas...” E6</i></p>

<p>Satisfação com os cuidados de enfermagem</p>		<p><i>“As enfermeiras foram todas muito simpáticas! Gostei muito dos cuidados de enfermagem. Desta vez... desta vez gostei muito. Desde o internamento, do outro lado [internamento de grávidas], até este lado daqui [puerpério], até este momento. Foi tudo como eu pedi. Acho que, se continuassem assim, acho que era melhor. Tem mais qualidade! (...) Ter uma enfermeira só tem coisas boas. Era bom, era continuar assim!” E1</i></p> <p><i>“As enfermeiras foram muito simpáticas! Elas todas tinham simpatia e atenção com uma pessoa. Por acaso, gostei! Os cuidados de enfermagem no parto foram ótimos. Não podiam ter sido melhores. Foi mesmo muito bom. Não tenho nada a apontar, de negativo, aos cuidados de enfermagem.(...) A equipa de enfermagem foi ótima! Achei bem... as enfermeiras que passaram foram ótimas... Impecáveis! Não tenho mínima queixa de nenhuma! (...) Foi tudo cinco estrelas, mesmo.” E2</i></p> <p><i>“Os cuidados de enfermagem foram cinco estrelas, desde o início. Não tenho queixa de ninguém. Está bom assim!” E3</i></p> <p><i>“As enfermeiras foram todas muito simpáticas! Uma pessoa... com as enfermeiras, eu não tenho queixa de ninguém! Foram todas impecáveis! Ter uma enfermeira só tem aspetos positivos!” E4</i></p> <p><i>“Eu gostei muito do atendimento da enfermagem. (...) eu gostei, não tive queixa.” E5</i></p> <p><i>“Ter uma enfermeira é importante. Não tem desvantagens. Pelo contrário. Acho que é uma coisa boa. (...) Ficamos muito satisfeitos.” E6</i></p>
---	--	--