

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PARTURIENTES SOBRE A  
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA: A  
VISIBILIDADE DOS CUIDADOS

Dissertação de Mestrado

Orientação:  
Professora Doutora Marinha Carneiro

Rosa Sandra do Souto Carvalho e Castro

Porto/2011



## AGRADECIMENTOS

A todos os que colaboraram na realização deste trabalho, e em especial à minha orientadora, a Professora Doutora Marinha Carneiro, pela disponibilidade e colaboração neste meu percurso formativo.

Às minhas filhas Francisca e Carolina, pela compreensão e pelos bons momentos que me disponibilizam, mesmo quando o tempo teima em escassear.

Ao Miguel, meu marido, pela enorme paciência e apoio nos momentos mais difíceis...

*OBRIGADA...*



## ABREVIATURAS

- **EEESMO** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- **EESMO** - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
- **ICN** - International Council of Nurses
- **ICM** - International Confederation of Midwives
- **FEPI** - European Federation Nurses Regulators
- **TRS** - Teoria das Representações Sociais
- **CEE** - Comunidade Económica Europeia
- **CESE** - Curso de Estudos Superiores Especializados
- **ESMO** - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- **CPLEESMO** - Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- **RN** - Recém- nascido
- **OMS** - Organização Mundial de Saúde



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	19
CAPÍTULO 1 - O REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
1.1-Teoria das Representações Sociais.....	21
1.2-Representação Profissional: Da Autonomia À Identidade Profissional.....	26
1.3-Breve Enquadramento Histórico Da Profissão De Enfermagem Especializada Em Saúde Materna E Obstetrícia.....	30
1.4-Imagem Socioprofissional: Da Imagem Profissional À Visibilidade Social.....	34
PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	39
CAPÍTULO 2 - A METODOLOGIA.....	41
2.1-Paradigma Qualitativo.....	41
2.2-Contexto E Participantes.....	43
2.3-Procedimentos Para Recolha De Dados.....	46
2.4-Estratégias Para Análise Dos Dados.....	49
2.5-Considerações Éticas.....	52
PARTE III - RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO.....	55
CAPÍTULO 3 - ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
3.1-Characterização Das Participantes.....	57
3.2-Análise Dos Dados.....	59

<b>3.3-Discussão Dos Resultados.....</b>	<b>61</b>
3.3.1- <i>Expectativas Sobre o Processo de Trabalho de Parto e Nascimento.....</i>	61
3.3.2- <i>Diluição de Papéis Profissionais durante o Trabalho de Parto.....</i>	65
3.3.3- <i>Percepção das Competências do EESMO.....</i>	70
3.3.4- <i>Conotação actual do termo parteira.....</i>	78
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
ANEXO I - Guião Da Entrevista .....	97
ANEXO II -.Pedido de Autorização ao Conselho de Administração Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE.....	103
ANEXO III - Declaração De Consentimento Livre e Informado....	107
ANEXO IV - Apresentação do Estudo.....	111
ANEXO V - Autorização do Conselho de Administração Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE para a Recolha de Dados.....	115

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

### LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Identificação das categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas.....	60
TABELA 2: Expectativas sobre o processo de Trabalho de Parto e Nascimento.....	61
TABELA 3: Diluição de Papéis Profissionais durante o Trabalho de Parto.....	66
TABELA 4: Percepção das competências do EESMO.....	71
TABELA 5: Conotação actual do termo parteira.....	79

### LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Distribuição das participantes pela idade.....	57
QUADRO 2- Distribuição das participantes segundo a formação em número de anos.....	58
QUADRO 3- Distribuição das participantes quanto ao estado civil.....	58



## RESUMO

O passado histórico de enfermagem tinha a sua base na solidariedade humana, no senso comum, no misticismo e em credices no seio da sociedade, que se expressava no acto instintivo de cuidar. Actualmente, esta profissão procura aprofundar seus aspectos científicos, tecnológicos e humanísticos em função da constante mutação dos conhecimentos, tendo como centro de suas actividades o acto de promover e cuidar da saúde. A profissão de enfermagem teve início através de conhecimento empírico, adquiriu suas bases científicas a partir do início do século passado e procura, desde então, livrar-se do estereótipo de profissão inferior, promovendo a visibilidade dos seus cuidados e o seu reconhecimento social.

A parteira, agora designada enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, sofreu grandes reconfigurações no espaço profissional ao longo dos tempos, que a obrigaram a ultrapassar grandes obstáculos que se colocaram ao seu desenvolvimento. Hoje, é consensual, que apesar de um percurso histórico cheio de dificuldades, com avanços e retrocessos, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia têm aquilo que é necessário para que no contexto da profissão sejam considerados profissionais com intervenções autónomas, bem como legitimidade para o exercício das suas funções. Mas, ao longo dos tempos, ocorreram transformações significativas, neste grupo profissional, que, de certa forma, interferiram com a autonomia do exercício destes profissionais. Os enfermeiros desenvolvem as suas funções em organizações complexas, como é o caso dos hospitais, e partilham cuidados com os restantes membros da equipa multidisciplinar, onde o exercício do poder pode sobressair influenciando a visibilidade de cuidados do EESMO na assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Assim, a presente investigação teve como principal finalidade, conhecer as representações sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no trabalho de parto e nascimento, a partir das mulheres.

Adoptamos a metodologia de carácter exploratório descritivo, de natureza qualitativa com o objectivo de responder às seguintes questões de investigação: *“Quais as representações das mulheres acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e nascimento?”*; *“Que visibilidade social tem o EESMO na óptica das mulheres?”*

Participaram nesta investigação sete puérperas, cujo parto foi realizado pelo EESMO, seleccionadas por um processo de amostragem por conveniência e que obedeciam aos critérios de inclusão estabelecidos anteriormente.

Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas semi-estruturadas e para a análise das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.

Conclui-se que a falta de identificação dos profissionais na assistência ao processo de trabalho de parto e nascimento, influencia a visibilidade dos profissionais EESMO na prática das suas actividades autónomas e proporciona um certo desconhecimento da especialidade para a maioria das inquiridas.

A conquista plena do reconhecimento e valorização da profissão de enfermagem e nomeadamente a especialização em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, obriga os EESMO a reflectir sobre o seu desempenho e desenvolver estratégias de mudança que os vão qualificar e valorizar, fundamentando assim a autonomia e identidade profissional pretendida.

**Palavras-chave:** Representação Social, Identidade Socioprofissional, Visibilidade, Imagem Social

## ABSTRAT

The past history of nursing has its basis in human solidarity, common sense, mysticism and beliefs in society, which was expressed in instinctive care. Currently, the profession seeks to deepen its scientific, technological and humanistic as a function of changing knowledge, with the center of its activities to promote the act and health care. The nursing profession began using empirical knowledge, acquired its scientific basis from the beginning of last century and demand, since then, gets rid of the stereotype of lower profession, promoting the visibility of their care and their social recognition.

The midwife, now designated nurse specialist in maternal health nursing and midwifery, has undergone major reconfiguration work in space over time, she was forced to overcome major obstacles facing the development. Today, it is agreed that, although a historical journey full of hardships, with advances and setbacks, the nurse specialists in Maternal Health Nursing and Midwifery have what is necessary so that in the context of the profession are considered professional interventions with autonomous and legitimacy for the exercise of their functions. But over time, significant changes occurred in this professional group, which somewhat interfered with the exercise of professional autonomy. Nurses carry out their functions in complex organizations such as hospitals, care and share with other members of the multidisciplinary team, where the exercise of power can stand influencing the visibility of the EESMO care assistance during labor and birth.

Thus, the present investigation had as its main purpose, to know the representations of the intervention of the Specialist Nurse and Midwifery Maternal Health in labor and birth, as of women.

We adopt the methodology of an exploratory descriptive qualitative in order to answer the following research questions: "What about women's representations of operations of the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal

Health during labor and birth?" "What has the social visibility EESMO the perspective of women?"

Participated in this investigation seven mothers, whose delivery was carried out by EESMO and selected through a process of convenience sampling and met the inclusion criteria previously established.

Data were collected by conducting semi-structured interviews and the analysis of the interviews used the technique of content analysis according to Bardin.

It is concluded that the lack of identification of professionals in assisting the process of labor and birth, influences the visibility of professional practice EESMO their autonomous activities and provides a certain lack of expertise for most respondents.

Achieving full recognition and appreciation of the nursing profession and in particular specialization in nursing Maternal Health and Obstetrics, requires EESMO to reflect on their performance and develop strategies for change that will qualify and value, thus justifying the autonomy and identity is sought.

**Keywords:** Social Representation, Identity Socio-professional, Visibility, Social Image

## INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem, em geral, e de uma forma particular a intervenção da parteira, sofreu grandes reconfigurações no espaço profissional ao longo dos tempos, obrigando-a a ultrapassar grandes obstáculos que se colocaram ao seu desenvolvimento. Hoje, é consensual, que apesar de um percurso histórico cheio de dificuldades, com avanços e retrocessos, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia têm aquilo que é necessário para que no contexto da profissão sejam considerados profissionais com intervenções autónomas e legitimidade para o exercício das suas funções que a legislação em vigor lhes confere. Mas, ao longo dos tempos, ocorreram transformações significativas, neste grupo profissional, que, de certa forma, interferiram com a autonomia do exercício destes profissionais. Galhardo (2004) refere que as organizações complexas, como é o caso dos hospitais, podem interferir ou influenciar na dinâmica de trabalho dos seus profissionais. Para esta autora, no espaço de trabalho, onde naturalmente os enfermeiros desenvolvem a sua actividade, ocorrem frequentemente complexas formas de relações interpessoais, onde o exercício do poder pode sobressair e onde os enfermeiros podem sair duma forma menos proveitosa, o que influencia a visibilidade de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) na assistência ao acto de nascimento.

Esta investigação teve como objecto de estudo conhecer as representações sociais das mulheres sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) no trabalho de parto e nascimento. Pretendeu-se também desta forma compreender a visibilidade dos cuidados desenvolvidos por estes enfermeiros especialistas.

Este estudo tem ainda como finalidade instigar o profissional EESMO a repensar o seu fazer, saber e ser, numa reflexão crítica, procurando evidenciar o protagonismo deste profissional na equipa de saúde que acredita muitas vezes ser

subjugado e comprometido pelo contexto sociopolítico e mediático em que se insere esta profissão.

A problemática escolhida para este estudo justifica, assim, o título - *“Representações Sociais das parturientes sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia: a visibilidade dos cuidados - num serviço de Obstetrícia de um Hospital Central da região do Porto”* - e a sua selecção, para além de um profundo interesse pessoal, também foi influenciada pela existência de escassos estudos desenvolvidos nesta área.

Para questionar e analisar esta problemática recorreu-se ao campo teórico das Representações Sociais. A opção por este referencial teórico ocorreu pela sua aproximação ao objecto de estudo, que consiste na captação das representações das mulheres sobre a intervenção do EESMO durante o trabalho de parto e nascimento, a partir do conhecimento que estas possuem e da experiência vivenciada. Neste sentido, as questões de investigação norteadoras de todo o trabalho são: - *“Quais as representações das mulheres acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e nascimento?”*; *“Que visibilidade social tem o EESMO na óptica das mulheres?”*

Para a concretização desta investigação realizou-se pesquisa bibliográfica não só acerca desta problemática, mas também sobre as metodologias de investigação.

A assistência ao trabalho de parto e ao nascimento tem sofrido constantes mudanças através dos tempos. No passado o nascimento ocorria sempre em casa e a mulher geralmente era assistida por parteiras, amigas ou parentes. Com o passar dos anos, as mulheres deixaram o seu ambiente familiar para irem ter os seus filhos dentro de um hospital. A equipa de saúde tornou-se protagonista no trabalho de parto, nomeadamente a figura médica, sendo estes profissionais dominantes na assistência ao parto e nascimento.

Este facto permite-nos questionar então a visibilidade que os EESMO, têm no meio social, político e institucional. A visibilidade é para Goffman citado por Sousa (2005) um factor crucial para que o profissional se configure como elemento importante, imprescindível e insubstituível.

Nalguns países, a parteira detém um papel fundamental e claramente visível na assistência ao nascimento. Em Portugal apesar de todo o investimento teórico prático e da “relativa” autonomia legalmente conquistada, ocorrem lutas de poder que tomam força na “dramatização” e “patologização” do acto de nascer, o que torna a classe médica como elemento chave.

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tal como o dos outros enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional pelo que a regulamentação específica se torna imprescindível para clarificar o espaço de actuação e reduzir as áreas de sobreposição interprofissional, potenciando o exercício profissional autónomo, de forma a dar visibilidade e assegurar a qualidade dos cuidados que prestamos ao cidadão.

Há décadas que diferentes organizações internacionais, tais como International Council of Nurses (ICN), International Confederation of Midwives (ICM) e, mais recentemente, a European Federation Nurses Regulators (FEPI) estão preocupadas com a regulamentação e controlo das profissões de saúde assumindo a importância de criar instrumentos reguladores que tornem visível à comunidade o tipo de serviços prestados, fomentando o desenvolvimento da profissão e conferindo responsabilidade, identidade e prestígio profissional, no sentido de promover o reconhecimento socioeconómico dos profissionais.

Parece-nos que por parte das entidades reguladoras da actividade há um esforço na afirmação de autonomia destes profissionais, embora para que este seja efectivo é necessário que para além das entidades reguladoras, o poder político actue no sentido de promover a execução das leis vigentes. Mas este reconhecimento não passa apenas por estes organismos, mas sim pela visibilidade que as intervenções do EESMO têm para as utentes e comunidade.

Assim, a Teoria das Representações Sociais (TRS) permite-nos compreender as representações das mulheres sobre a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, conhecer a visibilidade e o reconhecimento que estas lhe atribuem. Segundo Moscovici (2007) as representações que concebemos - numa situação, de um objecto, da realidade que nos rodeia, são sempre o resultado de um esforço constante de tornar real algo que é incomum (não-familiar), ou que nos dá um sentimento de não-familiaridade. Para este autor é através delas que superamos o problema e o integramos no nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado. Depois de uma série de ajustamentos, o que estava longe, parece ao alcance de nossa mão; o que era abstracto torna-se concreto e quase normal.

A TRS de Moscovici permite-nos compreender, abstrair significados das novas informações e factos produzidos constantemente no nosso quotidiano. A criação e transformação da informação leva a uma transformação dos nossos valores, que, conseqüentemente, irão influenciar as directrizes dos relacionamentos humanos, na forma como o ser humano se percebe no mundo e

com o outro - o que era certo para a geração anterior para a geração actual não o é. A dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objectos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas, permitindo-nos compreender a forma com somos percebidos enquanto actores sociais e acima de tudo profissionais. Neste sentido, permite-nos conhecer que representações tem as intervenções do EESMO e a posição que este ocupa na assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Assim, optou-se neste trabalho de investigação pela metodologia qualitativa, que dadas as suas características, julgamos ser a que mais se adequava ao objecto de estudo.

Para Neves (1996) a metodologia qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e descodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objectivo traduzir e expressar o sentido dos fenómenos do mundo social: o sentido das situações, das relações. Neste sentido, os métodos qualitativos assemelham-se a procedimentos de interpretação dos fenómenos do nosso dia-a-dia. Trabalham com significados, motivações, valores e crenças e estas não podem ser simplesmente reduzidas às questões quantitativas.

Este trabalho divide-se em três capítulos: o primeiro designado “O referencial teórico”, integra a revisão da literatura tendo subjacente as seguintes problemáticas: representação social, representação profissional, autonomia, identidade socioprofissional, imagem profissional e visibilidade de cuidados. Para a sua compreensão foi ainda necessário efectuar um breve enquadramento histórico acerca da evolução da profissão de parteira e actualmente da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Neste sentido, a teoria das representações sociais foi fulcral pois consideramos, que esta é um instrumento da compreensão e transformação da vida social e, por consequência, dos seus significados.

O segundo capítulo, intitulado de “a metodologia”, constitui os procedimentos metodológicos que suportam o estudo. Atendendo a que se usou a metodologia qualitativa apresentou-se uma descrição fundamentada e justificativa dos diferentes passos do processo. O método utilizado para a recolha de dados perspectivou-se a entrevista semi-estruturada, procedendo-se em seguida à análise dos dados, utilizando-se assim, a técnica da análise de conteúdo, segundo Bardin.

O terceiro capítulo, “apresentação e discussão dos resultados”, procura interpretar e discutir os dados obtidos, baseando-se no discurso das suas informantes.

Mais uma vez se refere o interesse pessoal no tema, mas também a pertinência no problema levantado, pois este estudo trará contributos para a profissão de Enfermagem, nomeadamente na área de Saúde Materna e Obstetrícia, podendo ser utilizado como instrumento que permitirá reforçar ou alterar a forma como os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia se relacionam com as utentes, famílias e com a sociedade.



**PARTE I:**

---

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **CAPÍTULO 1 - O REFERENCIAL TEÓRICO**

Na nossa vida quotidiana, deparamo-nos com uma infinidade de fenómenos, e emitimos julgamentos a respeito deles, que podemos tornar públicos ou guardá-los para nós mesmos. Para a maioria dos acontecimentos, não damos uma importância significativa, pois eles estão de acordo com os nossos referenciais; outros chamam-nos à atenção, pois de alguma forma, fogem daquilo que concebemos como “normalidade”, emitindo assim, sempre julgamentos.

Ao julgarmos qualquer fenómeno, fazemo-lo a partir de uma infinidade de referenciais teóricos, que adquirimos na nossa família, com amigos, na escola, em leituras, etc. Então, para desenvolvermos uma pesquisa é preciso que apresentemos de forma clara e precisa o referencial teórico, o qual usaremos para analisar, criticar, julgar o objecto de pesquisa. É tornar o referencial disciplinado, é apresentá-lo de forma lógica e coerente. É descrever o referencial explicar o que ele é, a fim de que outras pessoas possam saber quais foram as razões que percorremos para chegarmos àquela conclusão.

O referencial teórico é assim a peça chave de uma pesquisa científica, é ele que nos possibilitará dizer algo sobre o objecto de estudo, bem como, emitir juízos de valor sobre o objecto - o nosso objecto de pesquisa.

### **1.1- A Teoria Das Representações Sociais**

Definiu-se como referencial teórico desta investigação, a Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici. Estas representações estão presentes

na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusas, multifacetadas e em constante movimento e interação social. Assim, as representações sociais possuem como materiais fundamentais de estudo as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e colectivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade.

O conceito de representação surge em 1898 através de Durkheim, procurando fazer a distinção entre a representação social e a colectiva. Mas é com Moscovici, em 1961, que a noção de representação social é submetida a uma análise rigorosa e sistematização quanto ao seu processo de formação e conteúdo.

As representações sociais, segundo este autor, podem ser consideradas como ciências colectivas, destinadas à interpretação e elaboração do real, definidas como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e promovendo a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Em função disto, o conceito de representação social surge como sendo o produto e o processo de uma actividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) para Moscovici (1973), operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em toda a sua dinâmica e diversidade. Parte do pressuposto de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objectivos diferentes, formas que são móveis, e define duas delas, características da nossa sociedade: a forma consensual e a forma científica, que se interligam não sendo uma mais importante que a outra. A primeira constitui-se principalmente da conversação informal, na vida quotidiana, enquanto a segunda provém de todo o corpo científico em questão.

Ambas, apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. Sendo que a maior parte das representações sociais se constituem através da forma consensual.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais podem ser definidas como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originados no dia-a-dia e no desenrolar de comunicações inter-individuais. Considera que são entidades quase tangíveis; circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, no universo quotidiano.

Na gênese da teoria das representações tal como Moscovici refere, a representação social pressupõe processos cognitivos com base em três eixos cognitivos:

- Atitude: predisposição estruturada face a um objecto, integra os níveis afectivos e emocionais do sujeito. Esta representa a dimensão mais estável presente nas representações;
- Informação: conjunto de conhecimentos sobre o objecto representado, quantidade e organização do conhecimento face ao objecto. Varia segundo os grupos sociais e meios de acesso;
- Campo de representação: organização hierárquica dos elementos que compõem a representação social.

Mais tarde, Jodelet (1984) in Fischer (1996) define as representações sociais como modalidades de pensamento prático, orientadas no sentido da comunicação, compreensão e do domínio do meio ambiente social, material e ideal.

Ao nível da estruturação da representação social e concordando plenamente com a noção de Fischer, a representação social constrói-se no interior de um processo relacional, passando por um processo de remodelação da realidade, que tem por objectivo a produção de informação significativa, e por isso denominada de veracidade social, pois não se trata de uma veracidade objectiva, mas aquela que resulta da interacção entre dois objectos.

Segundo Silva (2003), a principal função das representações sociais é permitir antecipar os comportamentos do outro e programar estratégias de acção, o que se reveste de grande importância no contexto da representação profissional. Doise (1973) citado por Silva (2003), diz-nos que as representações sociais são formadas a partir de processos de categorização, neste sentido, conhecer é classificar, dar um nome.

Para melhor compreender a formação das representações sociais, Moscovici (1984) refere dois processos inseparáveis e de grande importância, na sua gênese: a objectivação e a ancoragem. “ *A função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objecto abstracto, naturalizá-lo, foi chamada de objectivar. A função de duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível ao objecto, interpretá-lo, foi chamada de ancorar*” (Sá, 1992,p.13). De uma forma geral, enquanto a objectivação permite compreender o modo como os elementos explicados de uma teoria se podem integrar como termos da realidade, o processo de ancoragem explica a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais. Pode então afirmar-se

que as representações sociais correspondem a uma epistemologia do senso comum, para a qual os indivíduos participam activamente através destes dois processos.

Mas os processos acima descritos conduzem-nos a várias questões: Porque formamos representações sociais? Como se explicam as suas propriedades cognitivas? Moscovici (1984) aponta três hipóteses, afirmando que embora todas contenham elementos verdadeiros, são demasiado gerais para responder às perguntas acima formuladas. E assim voltamos ao ponto de partida: todas as representações que construímos tendem a tornar familiar à maioria das pessoas aquilo que (em geral) o não é; procuram compreender e representar o que é real.

Quando falamos em representação social, referimo-nos a caracterizações, denominações, que a sociedade tem acerca dos objectos, relações, situações... Traduz uma expressão influenciada por vários conceitos, mutável ao longo dos tempos, mas estranhamente de tal forma enraizada, que a sua base de elaboração traduz uma cultura, uma forma de estar e de ser, que caracteriza os elementos integrantes.

As representações sociais, de acordo com Minayo (1996) e referidas por Wolf (2004), são essencialmente dinâmicas, produtos de determinações tanto históricas como do aqui-e- agora e, construções que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social. A partir disso, é possível dizer que há uma certa homogeneidade das representações de um grupo social, o que não significa igualdade, já que são indivíduos que apenas compartilham de um universo simbólico e de uma mesma estrutura de linguagem.

Segundo Wolf (2004), o referencial teórico das Representações Sociais deve-se à opção de olhar o fenómeno na perspectiva do sujeito que o vivencia e, assim, conhecer o pensamento de um determinado grupo, neste caso, as mulheres em trabalho de parto e parto, sobre a assistência recebida pelo EESMO nesse momento das suas vidas.

Na interacção social dessas mulheres, no seu dia-a-dia, são elaborados os universos estabelecidos nos saberes populares, derivados do senso comum. Ao processarem essas informações atribuindo-lhes significados e compreensão da realidade, permite-lhes que a partir das suas ideias, as mulheres formem as representações sobre a assistência que recebem do EESMO durante o trabalho de parto e nascimento. E segundo a mesma autora, no processo de construção, ao sujeito está inerente a sua inserção social e os seus determinantes histórico-culturais, e para além destes factores a sua subjectividade enquanto força criativa capaz de influenciar a representação.

Reconhece-se assim, que toda a realidade é representada, na medida em que exige ao indivíduo que se aproprie dela e a reconstrua no seu sistema cognitivo, em conformidade com os seus valores, com a sua história e com o contexto social e ideológico que o rodeia. É esta reestruturação que dá sentido à realidade, permitindo ao indivíduo uma visão funcional do mundo, que orienta as suas condutas e possibilita a compreensão da mesma, através do seu sistema de referências (Abric, 2001).

Segundo Wolf (2004) e tendo por base a descrição de Lane (2004), a representação é aquilo que permite explicar o mundo que nos cerca, ou seja, decorre de nossa convivência. A representação social assume um sentido pessoal que é atribuído aos significados elaborados socialmente e implica acção, experiência e reconhecimento das situações e objectos. No entanto, e de acordo com Lane (2004), nem todas as representações se formam tão simplesmente no nosso quotidiano, uma vez que podem ser geridas por mediação social de pessoas consideradas autoridades necessárias para a reprodução das relações. Adverte, também, que somente seremos capazes de perceber o que é ideológico nas representações e acções, quando confrontarmos essas representações com as do grupo social, ou seja, questionando-as de forma a desenvolver acções diferenciadas. Só assim desenvolveremos a consciência de nós mesmos e do grupo social onde estamos inseridos.

As representações sociais como modalidades de conhecimentos são produzidas e determinadas por estímulos da vida quotidiana e seus significados, os quais possibilitam destacar atribuições a partir de teorias implícitas que são formuladas por sujeitos sociais com base num saber funcional construído socialmente e utilizado por eles, no senso comum. De uma forma ampla podemos dizer que se relacionam a uma forma de pensamento social.

*Então, como é representada a intervenção do EESMO? Como definimos a noção de representação profissional?*

## 1.2- Representação Profissional: Da Autonomia À Identidade Profissional

A noção de representação profissional segundo Silva (2003) é a expressão que o indivíduo assume a partir de elementos conhecidos sobre determinada profissão no seu seio familiar e meios de comunicação social.

Também para Gilly in Silva (2003) as representações sociais aferentes aos papéis profissionais, e a especificidade das representações profissionais dependem da natureza social dos sujeitos, bem como das características da situação de interacção. Segundo Silva (2003) as representações profissionais são construídas e partilhadas por grupos pertencentes ao mesmo campo profissional, estão ligadas às actividades desenvolvidas pelos actores e são influenciadas por normas sócio-institucionais, dependem assim, do estatuto profissional dos actores envolvidos.

Blin citado por Silva (2003) afirma que as representações profissionais específicas de um contexto profissional são definidas como conjunto de cognições descritivas e avaliativas aos objectos significativos e úteis à actividade profissional e organizados num campo estruturado apresentando uma significação global.

A TRS reveste-se de grande importância, visto que tudo o que vivemos, sentimos e percebemos são o resultado de representações sociais acerca do mundo que nos rodeia. Percebemo-nos e representamo-nos como mulheres, homens, mães, pais, profissionais... procurando dar uma resposta de acordo com o que mentalmente representamos. A noção de representação profissional é importante para percebermos a forma como nos “sentimos” e como fazemos “sentir” os outros. Assim, quando entramos no campo das representações profissionais surgem-nos conteúdos que interagem com a representação para *o eu* e para *o outro*. Torna-se assim importante abordar, os conceitos: *construção da autonomia e identidade profissional, visibilidade de cuidados*, a fim de se compreender a *imagem socioprofissional* do EESMO.

A autonomia profissional tem sido, ao longo do tempo e da evolução da enfermagem, um tema importante à compreensão da profissão, tanto na definição de seus desafios e objectivos, como na forma como os enfermeiros se relacionam e se apresentam para a equipa de saúde e para a sociedade em geral (Amendoeira, 2004).

A autonomia em enfermagem é um assunto actual, problemático e paradoxal. Actual porque, como considera Nunes (2003), o expoente máximo da

conquista da autonomia dos enfermeiros está relacionado com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e a criação da ordem dos enfermeiros com os seus estatutos e com o código deontológico. A integração do ensino de enfermagem no ensino superior, o investimento na investigação, a qualidade do empenho e desempenho dos enfermeiros, a frequência pelos enfermeiros de graus académicos mais elevados, permitiram a afirmação da enfermagem nas suas dimensões académicas e profissionais.

Também para esta autora, é paradoxal porque, não obstante todo o reconhecimento que a profissão tem das instituições governamentais, do crescente número de enfermeiros licenciados, mestres e doutores, da inclusão do curso de enfermagem no ensino superior politécnico, da visível melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população fruto do investimento da investigação nas ciências de enfermagem, não existe um retorno, na mesma proporção em relação à visibilidade social da profissão.

De acordo com Amendoeira (2004) a enfermagem constitui-se actualmente numa área de saber útil à sociedade, a partir do desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida, mas que ainda não são reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção. A valorização do estatuto social e profissional dos enfermeiros está estritamente associado a uma actividade de reflexividade crítica sobre a profissão que se institui com a condição primeira para a sua autonomia e maioridade plena (Canário, 2001). Taylor em 1997 citada por Abreu (2001) considera que a enfermagem se encontra num processo de mudança que faz emergir a necessidade de dar visibilidade a uma nova enfermagem. Alteram-se rapidamente as definições sobre a própria enfermagem, reforça-se a componente multicultural, a formação evolui em paralelo com o estatuto sócio profissional.

Parece fácil a definição do caminho a seguir para mudar a imagem da profissão e dos enfermeiros, para os próprios e para os outros. Mas, como reconhece Hesbeen (2000), os cuidados prestados pelos enfermeiros são em simultâneo a solução e a limitação. Por um lado, constituem a forma de privilegiar a pessoa, atribuindo-lhe a importância por aquilo que define a sua individualidade. Por outro lado, têm uma visibilidade reduzida, pois correspondem às «pequenas coisas» não valorizadas socialmente, por se afastarem da espectacularidade atingida pelos grandes avanços técnicos e científicos em que o modelo biomédico se apoia. São estas «pequenas coisas», como o toque, o sorriso, a capacidade de escutar e de antecipar as necessidades complexas de cada ser

humano, nas suas múltiplas dimensões, que contribuem para a humanização dos cuidados de enfermagem e para a definição da sua representação social.

Diariamente, os enfermeiros têm um desempenho que abrange diferentes áreas de actividade: prestação de cuidados directos ao utente, gestão, formação (académica e profissional) e investigação. Esta diversificação de funções e papéis desempenhados deveria reflectir-se tanto na auto-imagem dos enfermeiros, como na imagem da profissão, conduzindo a uma visibilidade social específica. No entanto, como refere Collière (1999, p.12) existe um carácter de invisibilidade associado à profissão, uma vez que os enfermeiros não “... *Foram capazes de fortalecer e afirmar os efeitos socioeconómicos do seu trabalho que, no essencial, continua invisível.*”

Seria esperado que o desempenho profissional dos enfermeiros, resultado de uma formação técnica, académica e científica actualmente de nível superior, conduzisse à existência de uma imagem e auto-imagem que não associasse o enfermeiro apenas à função de prestador de cuidados, uma vez que para a qualidade e excelência desses cuidados contribuem todos os outros papéis desempenhados.

Temos a percepção que a sociedade em geral, utentes, restantes profissionais de saúde e os enfermeiros em particular não possuem uma clara imagem do enfermeiro, ou seja, uma imagem do enfermeiro que seja o reflexo do seu desempenho profissional.

O conceito de identidade emerge das teorias da socialização e da psicologia social, na medida em que o indivíduo nunca constrói a sua identidade sozinho, é fruto das socializações sucessivas, e em que cada sociedade possui um conjunto de identidades que fazem parte do conhecimento objectivo dos seus membros.

Para Silva (2003), a identidade incorpora as representações do sujeito sobre si próprio e sobre os outros e, nesse sentido, são construídas numa dinâmica de interacção permanente na qual intervêm as próprias representações de si e o olhar sobre o outro. Assim sendo, a sua construção está inerente ao processo de socialização, não é somente pessoal, mas depende do julgamento dos outros - processo biográfico e processo relacional (a identidade reconhecida, ou não, pelos outros). A identidade define-se então, como uma interacção particular entre o social e o particular, privilegiando as características individuais, do *eu*, mas também as características colectivas, definindo assim, as modalidades de pertença do indivíduo a um grupo ou a uma categoria social, a partir da sua integração num dado sistema.

Ao falarmos de identidade profissional interessa questionarmo-nos sobre o conceito de profissão, que pode ser definida tendo por base uma abordagem funcionalista que reconhece o estatuto de profissão quando existe organização de uma comunidade reconhecida, ocupando uma posição social e organizacional elevada e com formação longa (Dubar,1997).

Outra perspectiva, a interaccionista, olha para a profissão não como um facto estruturado mas antes configurado pelo jogo social, em que o reconhecimento de uma profissão é para Dubar (1997) um desafio social que depende não só da capacidade que tem os seus membros de se coligarem, mas também depende da capacidade que estes tem de desenvolverem uma argumentação convincente e para se fazerem reconhecer e legitimar através das suas acções.

Na realidade, para que uma identidade de ofício exista e se reproduza, é preciso que um grupo profissional exista na sociedade *“não como um simples testemunho de outros tempos, mas como um actor inserido num sistema de acção concreta que se vai construindo constantemente.”* (G. Latreille, 1980 in Dubar, 1997).

*“Neste sentido, o processo de identidade é um processo dinâmico de interacção entre, por um lado, as características individuais, consciência e os construtos organizados do sujeito e, por outro, as estruturas físicas e sociais e os processos de influência que constituem o contexto social. A construção da identidade pessoal aparece, assim, definida como um locus de influência psico e sociocultural que recebe e organiza as diversas mensagens transmitidas pelos diversos contextos e suas sobreposições.”*(Santos, 2005,pg.125).

Para Sousa (2005), a identificação profissional é uma construção social, uma construção de grupo, onde cada indivíduo, por si só, não tem um papel preponderante, mas é o contributo de cada um dos actores de determinada profissão que permite a construção da sua identidade profissional. Partilha da mesma opinião Abreu (2001), na medida em que afirma que a identidade profissional forma-se sobretudo através de processos sociais e reconstitui-se da mesma forma, através das interacções sociais tornando-se estes produtos sociais.

Concordamos com Abreu (2001), no facto de que a resposta ao que é ser enfermeiro e o que é a enfermagem, tem dentro do grupo profissional, respostas provavelmente divergentes. Mas se assim o é em relação às respostas dos actores sociais de um grupo profissional, o que dizer em relação às respostas dadas pela sociedade?

Segundo este autor, a identidade articula e opõe, no interior da mesma dinâmica o pessoal e o social, a imagem que o indivíduo possui de si próprio e a que oferece ao outro, o interior e o exterior, a aproximação e o afastamento definindo-se como resultado estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo numa articulação constante entre a identidade individual e colectiva, segundo um processo constante de transacção conjunta: interna (interior a si próprio) e externa (entre si e a sociedade).

Existe uma relação profunda entre o estatuto social do resultado da intervenção do enfermeiro e a configuração identitária, decorrente do percurso histórico de construção da profissão, bem como tendência para a imagem social de uma profissão depender da imagem das representações e lógicas internas das profissões. (Abreu, 2001)

### **1.3- Breve Enquadramento Histórico Da Profissão De Enfermagem Especializada Em Saúde Materna E Obstetrícia**

Segundo Dubar (1997), todas as análises históricas ou sociológicas que permitem compreender melhor a reprodução das identidades de ofício insistem no papel extremamente importante que desempenha o reconhecimento pela sociedade do grupo profissional, onde o actor social se insere. Importa então, situar a profissão de enfermagem e nomeadamente a profissão da parteira no tempo e na sociedade.

Antigamente, as parteiras surgiram como necessidade social, tomavam conta das mulheres em trabalho de parto, ajudavam no parto e nos cuidados ao recém-nascido e essencialmente, as suas práticas, desenvolviam-se em torno de um conjunto de actividades para assegurar algumas necessidades fundamentais durante a gravidez, parto e pós-parto. (Gallhardo, 2004)

Os seus conhecimentos eram empíricos, adquiridos pela experiência e como diz Collière (1999,p.47) in Gallhardo (2004) “...deslocavam-se de casa em casa, sem acesso a livros, nem a qualquer formação, exercendo durante séculos uma medicina sem diploma; constituíram os seus saberes umas com as outras, transferindo-os no espaço e no tempo, de vizinha a vizinha, de mãe para filha.

*Socialmente, estas mulheres tinham um estatuto reconhecido por toda a comunidade, fundado no prestígio da sua experiência.”*

Mudanças na sociedade, desenvolvimento da ciência e a institucionalização da medicina como saber formal, veio transformar o saber das parteiras destituídas então como elementos fundamentais, e o seu exercício passou a ser tutela da medicina, determinando algumas exigências relativamente à sua formação e prática. Segundo Galhardo (2004,p.18) é-lhes “...exigida formação adequada, com definição rigorosa dos quadros teóricos e práticos (ministradas nas escolas médico - cirúrgicas) e limitado o seu âmbito de acção, nomeadamente a interdição ao uso de instrumentos no parto (exemplo: Fórceps) ”. O acesso dificultado a determinadas esferas de acção contribui para lhe fosse também circunscrita a formação científica, o que levou a grandes lacunas no seu conhecimento.

*“A imposição do conhecimento médico, vai assim emergindo ao longo do tempo e com o avanço das técnicas obstétricas, por volta do século XVIII, vai dominando no campo de intervenção. A acção das parteiras limitava-se apenas à vigilância da gravidez, à execução do parto normal e em caso de complicações deveria chamar o cirurgião, o qual era considerado seu superior legal.” (Galhardo, 2004,p.19)*

Também Carneiro (2007) afirma que a visibilidade social e o reconhecimento de uma superioridade de tipo científico dos cirurgiões dominou e subordinou o poder das parteiras, estas passaram a ser submetidas a um maior controlo: os cirurgiões passaram a organizar cursos de parteiras no âmbito das suas escolas, com o controlo total e oficial:

*“Se antes a parteira era essencialmente uma mulher com prática de maternidade, que tinha vivido a experiência do trabalho de parto e ampliava os conhecimentos por acompanhamento de outras parteiras, agora passou a ser uma mulher jovem, com grandes probabilidades de ser solteira e de raramente ter experiência maternal ou de exercício profissional, sem possibilidade de invocar um saber-fazer que lhe conferisse alguma autonomia junto do cirurgião. Jovem, inexperiente, de condição social humilde, logo submissa, mas sem deformações profissionais derivadas de uma prática sem bases científicas, eis algumas das características desejáveis pelos médicos para as novas parteiras que começaram a sair dos cursos de partos criados no âmbito das escolas médico-cirúrgicas: seriam as parteiras diplomadas após um curso formal, de habilitação profissional, e já não as apenas «examinadas» sobre os conhecimentos práticos e muito menos as «curiosas», ainda que estes três tipos coexistissem ainda durante largo tempo, com a mesma designação popular de parteira a cobrir realidades formativas diferentes e antagónicas.” (Carneiro, 2007,p.318)*

Estas modificações na assistência ao nascimento foram influenciadas, senão ditadas pelas exigências sociais relativamente à maternidade e infância, a valorização do parto e a preocupação com a saúde da mulher e do recém-nascido, trazendo como consequência novas exigências à formação das parteiras.

No início do Século XX, o exercício da parteira passa a ter complementaridade com a enfermagem, surge como ramo de especialização, é exigido como pré-requisito ao Curso de Parteira, submetendo as parteiras às alterações ocorridas e às crescentes exigências do percurso formativo da enfermagem. Estes cursos eram ministrados nas escolas médicas e só em 1967 verifica-se a plena integração do Curso de Parteira nas Escolas de Enfermagem, designando-se Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras.

Em 1974, altura de grandes mudanças em Portugal, nomeadamente no ensino, provocou alterações no ensino da enfermagem em Portugal, e o curso passa a denominar-se Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. A própria designação de parteira desaparece oficialmente para dar lugar à enfermeira especializada em obstetrícia, mais tarde enfermeira especializada em saúde materna e obstétrica. (Galhardo, 2004)

Também como nos refere a autora supra citada, outro marco importante foi em 1986, com a assinatura do tratado de adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE), Portugal assumiu-se como membro de pleno direito, trazendo algumas alterações à formação de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, surgindo a exigência de dar cumprimento à Directiva Comunitária 80/155/CEE. A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico surge em 1988 e criam-se os Cursos de Estudos Superiores Especializados ao nível da licenciatura - denominado Curso de Estudos Superiores Especializados (CESE) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), que confere o grau de licenciatura. Após um período de interrupção dos cursos de especialização em Enfermagem, passa a ser definida como Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CPLEESMO).

Para Gallhardo (2004), estas modificações no ensino de enfermagem trouxeram assim uma oportunidade aos enfermeiros em geral, e aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia em particular, de desenvolverem conhecimentos noutras áreas e dedicarem-se à investigação, passando a ter acesso a todos os níveis académicos como sejam, ao Mestrado e ao Doutoramento. Este acesso permite aos enfermeiros investirem no seu percurso formativo no sentido de promoverem o seu desenvolvimento profissional,

permitindo ministrar cuidados que sejam realmente reveladores de ganhos em saúde.

Ao nível das competências e de acordo com o decretado em Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011, regulamento n.º 127/2011, artigo 4º, que rege as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica: o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção:

1. Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional;
2. Gravidez – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal;
3. Parto – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto;
4. Puerpério – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal;
5. Climatério – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico;
6. Ginecologia – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
7. Comunidade – assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Estamos de acordo com Galhardo (2004) quando afirma que, a percepção de que esta é uma especialidade que garante aos enfermeiros uma perspectiva autónoma de intervenção inigualável a qualquer outra especialidade em

enfermagem; e a existência de uma Directiva Comunitária 80/155/CEE, transporta para direito interno, que coordena as disposições legislativas, regulamentadas e administrativas do acesso às actividades nesta área, dava uma clara segurança, orgulho e um suposto reconhecimento profissional.

*No entanto, será assim que o EESMO é visto pela sociedade? Será o EESMO autónomo para aqueles que cuida? Qual é a sua identidade socioprofissional?*

Segundo Escobar (2004), no processo de construção de uma identidade socioprofissional “ nomeadamente da identidade para o outro”, o conceito de representação reveste-se de importância, na medida em que dá conta da imagem e das interpretações que a sociedade em geral, atribui à profissão.

Para que um indivíduo ou grupo seja visível, em termos sociais, é necessário que a sociedade o veja e reconheça como pertencente a um grupo, ou como grupo com poder legitimado pelo desempenho de um papel social, através de critérios pré-estabelecidos e conhecidos dos elementos constituintes do tecido social.

Neste sentido, as representações sociais são constituídas socialmente a partir de fenómenos de comunicação e interacção sociais. Desta forma, o exercício profissional da enfermagem centraliza-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidade. Tanto o profissional como os utentes possuem quadros de valores, crenças e inquietações de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem, o que leva à constituição, por parte do utente, de diferentes representações ou imagens socioprofissionais do enfermeiro.

*Mas o que é a imagem sócio profissional? Como se relaciona com a visibilidade?*

## **1.4- Imagem Socioprofissional: Da Imagem Profissional À Visibilidade Social**

Citando Sales (2008,p.35) “A inexistência de conceitos unânimes não impede que diversos autores procurem definições para o conceito de imagem.”

Para Martins (1998,p.9) , a imagem aparece como uma “...*forma de representação realizada pelos sujeitos, nos processos de cognição de outras pessoas ou objectos, que lhes permitem posicionar-se na rede de interacção dos processos sociais.*” Desta forma, é através das práticas sociais e das relações que se estabelecem entre as pessoas e os objectos que se cruzam com o indivíduo, que o mesmo realiza a formação da auto-imagem, e de tudo o que o rodeia. Será também importante referir que, face a uma mesma situação ou pessoa, a imagem formada varia de indivíduo para indivíduo, já que a realidade pode ser percebida de diferentes formas por pessoas com diferentes características, identidades e percursos.( Sales,2008)

Segundo Castanha (2004) a trajectória da enfermagem não difere das outras profissões em problemas, dilemas e conflitos, revela características da época em que nasceu, do contexto onde se insere, e os estereótipos que lhe foram impressos ao longo do seu desenvolvimento. Para Silva (2001) in Castanha(2004) o esforço em busca de reconhecimento e autonomia do exercício profissional da enfermagem tem sido imenso, moldando-se de acordo com o desenvolvimento das políticas de saúde, mudança curricular, movimentos de actuação no espaço onde a enfermagem se insere.

A prática mostra que é através da actuação profissional que surge a visibilidade, sendo necessário dirigir-se em busca de novos conhecimentos e relacionamentos que reforcem a imprescindível intervenção do enfermeiro no processo de cuidar.

Concordamos com Castanha (2004), quando afirma que a própria necessidade de reconhecimento dos enfermeiros como membros importantes da equipa de saúde, especialmente quanto aos aspectos de cuidar, remete a pensar sobre a valorização que se atribui aos pares e aos outros membros da equipa. No conceito de Vale (2001) citado por Castanha (2004), dar visibilidade à profissão é também promover parcerias, partilhar responsabilidades e tarefas, sendo necessário aproveitar as oportunidades e nelas definir caminhos que promovam um processo de intervenção, que permita, modificar, melhorar e qualificar a enfermagem.

Segundo Martins e Dias (2010), a imagem que o cidadão comum tem do enfermeiro é o resultado de um estereótipo, que tem como base o conhecimento que o público tem acerca do mesmo e que se mantém até que seja confrontado com uma nova forma de actuação por parte do enfermeiro. Para estas autoras, estes estereótipos têm mantido um elemento básico de continuidade, apesar das mudanças ocorridas na educação dos enfermeiros, na prática da investigação e no

aumento das atribuições dadas à enfermagem na área de organização e da administração dos cuidados de saúde.

A responsabilidade e os compromissos dos profissionais, tanto no sentido de busca do aprofundamento constante no campo do conhecimento teórico-prático, quanto no aperfeiçoamento das competências dos relacionamentos intergrupais, permite o processo de construção da visibilidade.

A visibilidade não é só profissional e colectiva, mas também pessoal, pois envolve a individualidade do enfermeiro e a sua relação com a equipa de saúde. O enfermeiro enquanto profissional está inserido num grupo social que para o desempenho da prática profissional, exige aspectos éticos e legais.

Partilhamos da mesma opinião de Castanha(2004), pois esses aspectos juntos tendem a explicitar a visibilidade do processo de cuidar que está inserido no processo de trabalho, pois colocam o enfermeiro numa relação directa, processual, interactiva e subjectiva com o utente, a família, a instituição e a sociedade.

Para Sousa (2005), os papéis desempenhados pelos actores sociais determinam o protagonismo e conduzem à existência de visibilidade desses mesmos actores. A visibilidade social dos enfermeiros ainda está muito marcada pela sua formação inicial, determinado que existe uma certa confusão entre a formação inicial e a função desempenhada no dia-a-dia profissional.

Para Goffman in Sousa (2005) a visibilidade é um factor crucial. Assim, a questão que se nos coloca prende-se com a reflexão acerca do conhecimento do EESMO por parte da sociedade em geral. Para que um indivíduo ou um grupo seja visível socialmente, é necessário que ele se mostre, partilhando com a sociedade o seu modo de sentir e de agir. Para Sousa (2005), é necessário que esse mesmo indivíduo detenha uma representação social. Quando falamos em representações sociais falamos também em estereótipos, que são para Taifel (1982) generalizações conseguidas pelos indivíduos que só podem tornar-se sociais, quando são partilhadas por um grande número de pessoas no interior de grupos sociais ou entidades.

Emerge aqui o conceito de cognição social que pode ser definido segundo Fischer (1996) como um conjunto de actividades mentais de processamento das informações que dizem respeito ao mundo social, através do qual se constrói um modo de conhecimento da realidade baseado em saberes prévios, composto por valores e crenças.

*Mas como construímos a realidade? Que imagens fazemos dos outros? Que imagens fazem de nós?*

Segundo Fischer (1996) as ideias que temos acerca dos outros são inicialmente formadas a partir das trocas sociais, entendendo os comportamentos dos outros como positivos ou negativos. A formação de preconceitos e os estereótipos permitem a elaboração mental da realidade social, assim como o funcionamento das crenças e opiniões sociais.

O termo estereótipo criado por Lippman (1922) citado em Fischer (1996), corresponde a uma maneira de pensar através de “clichés” e traduz categorias descritivas simplificadas, baseadas em crenças, e através das quais representamos outras pessoas ou grupos sociais.

A forma como a profissão de Enfermagem foi constituída, com vista a integrar partes dos saberes médicos e sem saber autónomo tendo por base as intervenções que resultam de prescrições médicas, leva a que se possa verificar na sua primeira definição legal em 1946, a inteira dependência do poder médico limitando a sua função a actividades dependentes.

Quando se fala em Enfermagem acredita-se que esta tem uma expressão significativa na sociedade actual, no entanto, apesar desta suposta concordância significativa, parece ainda existir dúvidas quanto à sua definição como profissão, disciplina autónoma e quanto à sua essência. Dúvidas essas que não se limitam ao exterior da profissão, na imagem social que é transmitida, mas também se colocam aos próprios profissionais.

Segundo Guelfo (2003) citado por Barcelos (2005) os cuidados de enfermagem englobam dois campos distintos: o tradicional, inerente à prescrição médica e o autónomo, inerente ao seu próprio saber, tendo com consequência modificar a relação médico / enfermeiro, no sentido da complementaridade e da colaboração, cabendo ao médico centra-se na doença e ao enfermeiro na pessoa.

*Mas será este cuidado reconhecido como de igual valor? Como são percebidos os cuidados autónomos?*

Para Castanha (2004) a profissão de Enfermagem parece, do ponto de vista empírico, uma grande empreendedora que quase anonimamente procura satisfazer as necessidades dos utentes, da equipa, dos demais profissionais e da instituição, permanecendo ao lado do doente e concentrando esforços na procura

do seu bem-estar. Entretanto, o reconhecimento do utente pelo trabalho executado, regra geral, vai para o médico, “...a quem ele agradece e se vincula, mesmo que suas visitas tenham sido “homeopáticas”.”. O enfermeiro escuta o utente, faz a “ponte”entre este e os demais prestadores de cuidados, ouve os seus anseios e inquietações, mas porém, esse mesmo utente, na maior parte das vezes, tem dificuldade em reconhecê-lo entre os membros da equipa. Desta forma concordamos com esta autora, que explica este facto pela diferença que existe entre a visibilidade profissional e o reconhecimento profissional, pois o reconhecimento surge da visibilidade do desempenho profissional do enfermeiro.

Ao longo da nossa pesquisa relativamente ao estado da arte, foram encontrados alguns estudos no que diz respeito à representação social da profissão de enfermagem, às práticas cuidativas em Saúde Materna e seu significado para os enfermeiros e utentes, no entanto, não foi possível encontrar um estudo com tal especificidade, como seja a representação social do EESMO.

A Sociologia dos grupos profissionais e a Sociologia da Saúde tem pouca “tradição” em Portugal, no entanto salienta-se o estudo de Carapinheiro (1993), bem como o de Lopes (2001) e Abreu (2001), no que diz respeito à identidade profissional e estrutura das relações profissionais de saúde.

*Mas qual será então, a visibilidade dos cuidados na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia? Como é representado socialmente o EESMO? Como são reconhecidas as suas práticas autónomas no decurso do acto do trabalho de parto e nascimento?*

## PARTE II

---

### ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO



## CAPÍTULO 2 -A METODOLOGIA

A metodologia é o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objectivos de um trabalho de investigação. É composta por um conjunto de actividades sistemáticas e racionais para percorrer e alcançar os objectivos pretendidos. Constitui uma fase essencial no processo de investigação, permitindo ao investigador personalizar aí todo o seu estudo, respondendo às questões formuladas. As decisões metodológicas dependem da natureza do objecto de estudo e do nível dos conhecimentos, entre outros factores e deve assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação.

### 2.1- Paradigma Qualitativo:

Segundo Ribeiro (1999) a ciência é entendida como um conjunto de conhecimentos humanos a respeito da natureza, da sociedade e do pensamento, adquiridos pela descoberta e explicação de leis objectivas que regem os fenómenos. É na capacidade de se interrogar que o ser humano observa a realidade e procura construir teorias para a explicarem.

Para Fortin (2003) a metodologia refere-se ao conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, com a finalidade de obter resposta para a questão de partida previamente formulada. É através do método científico que o investigador obtém conhecimentos, recorrendo aos métodos de colheita de dados, de classificação, de análise e interpretação de dados.

Tendo em vista a natureza dos objectivos do estudo, a abordagem qualitativa de pesquisa é a que mais se adapta ao objecto proposto, pois, segundo

Minayo (1994,p.10) *“é a que melhor incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos aptos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.”* Por outras palavras, a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte directa de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Assim, ao envolver a obtenção de dados descritivos, dá mais ênfase ao processo do que ao produto preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes.

A investigação qualitativa oferece oportunidades de estudo que vão além dos números. Enquanto os pesquisadores que trabalham com estatística apreendem dos fenómenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa focaliza a realidade que não pode ser quantificada e visa aprofundar-se no mundo dos significados das acções e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. A pesquisa qualitativa interessa-se pela maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas. Caminha para o universo de significações, motivos, fenómenos, atitudes, aspirações, crenças e valores que não são quantificáveis.

Este estudo adopta a metodologia de carácter exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, com o objectivo de conhecer a visibilidade de intervenção dos EESMO, num determinado contexto. O uso de uma metodologia qualitativa possibilita uma abordagem holística dos fenómenos humanos, explorando a riqueza e complexidade que os caracteriza. Tem como principal objectivo descobrir novos factos que ajudam à compreensão dos fenómenos (Fortin, 1999).

Possibilita, através da descrição, um conhecimento mais alargado do fenómeno, pois permite captar a sua aparência e essência. Tal pressupõe que os indivíduos se comportam e interactivam com os outros membros do seu contexto social com base no significado e conhecimento que têm de si próprios e da realidade, significados estes que se revelam necessários à compreensão e à explicação do comportamento humano.

As pesquisas qualitativas são exploratórias, ou seja, estimulam os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objecto ou conceito. Elas fazem emergir aspectos subjectivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. São usadas quando se procura percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação.

Wood e Haber (2001) afirmam que a pesquisa exploratória normalmente não apresenta hipóteses, uma vez que o interesse do investigador centra-se em conhecer melhor o fenómeno, orientando o rumo da pesquisa apenas pela questão de partida.

Os testemunhos dos entrevistados manifestam as acções, na expressão verbal do seu significado, apesar de alguns investigadores quantitativos considerarem que qualquer processo investigativo que não se expresse através do número, não é considerado científico, indicando um conjunto de limitações, nomeadamente não permite generalizações. No entanto, investigadores qualitativos referem que o seu trabalho é documentar cuidadosamente um contexto ou um grupo de sujeitos, e reforçando esta ideia, afirmam que mesmo uma descrição de algo particular tem valor, porque as teorias necessitam de saber explicar todos os acontecimentos (Bogdan e Biklen, 1994).

A pesquisa qualitativa ao contrário da pesquisa quantitativa não trabalha com dados estatísticos, com amostra populacional, dentro do referencial positivista, porque a pesquisa qualitativa tem a perspectiva de compreender o subjectivo, a percepção, a representação social dos sujeitos pesquisados acerca do fenómeno em estudo.

Os investigadores qualitativos estão continuamente a questionar os sujeitos de investigação, com o objectivo de perceber aquilo que eles experimentam, o modo como interpretam as suas experiências e como eles estruturam o mundo social em que vivem. (Bogdan e Biklen, 1994)

## **2.2- Contexto E Participantes:**

A nossa amostra é constituída por mulheres que vivenciaram a experiência de serem cuidadas por EESMO durante o trabalho de parto e nascimento no hospital. Assim sendo, para a colheita de dados, foi necessário definir um local ou região geográfica, escolhendo-se o próprio local de trabalho não só porque se tornava mais facilitado o processo de recolha de dados, mas também o interesse pessoal em compreender a realidade do nosso contexto de trabalho, permitindo reflectir sobre as suas práticas.

A população para Fortin (1999) é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. Refere ainda, que uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. No entanto, o investigador raramente tem acesso à totalidade da população alvo, mas apenas ao conjunto de sujeitos disponíveis, designado por população acessível.

O tamanho da amostra da pesquisa deve ser determinado em função da finalidade do estudo e da homogeneidade do fenómeno (Fortin, 2003). O mesmo autor acrescenta que quando se trata de um estudo exploratório é possível recolher informação suficiente através de amostras pequenas e o mesmo se verifica quando estudamos uma população homogénea.

Neste estudo, foi seleccionada a amostragem não probabilística, mais especificamente uma amostragem por conveniência uma vez que, tal como referem Carmo e Ferreira (1998), neste tipo de amostragem utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível, podendo tratar-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, muito embora não as utilizando sem as devidas precauções.

Este estudo decorreu num Serviço de Obstetrícia de um Hospital Central da região do Porto.

A população alvo foram mulheres cuja assistência ao trabalho de parto e nascimento foi efectuado pelo EESMO. O processo de amostragem teve por base, uma amostra não probabilística, por conveniência na medida em que os sujeitos do estudo foram seleccionados em função da sua presença num local, num determinado momento (Fortin, 2003), inicialmente num total previsível de 15 mulheres.

Os critérios de inclusão na amostra foram:

- Mulheres cujo parto foi efectuado pelo EESMO;
- Puérperas nas primeiras 48h pós parto;
- Ausência de internamento do RN na neonatologia;
- Saber falar e compreender português;
- Ter mais de 18 anos.

De acordo com Fontanella et al (2008,p.17) a definição amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como *“a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do*

*pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados*". Por outras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados recolhidos.

Também de acordo com os mesmos autores a desnecessária representatividade estatística é um dos motivos pelos quais as amostras qualitativas são menores do que as necessárias nos estudos quantitativos. No entanto, a necessidade de "encerramento" amostral exige do pesquisador a explicitação dos critérios para interromper a selecção de casos novos, tornando-os inteligíveis aos futuros leitores dos relatórios e norteadores do andamento prático dos procedimentos de captação.

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de colheita. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que reflectem os objectivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados.

Segundo Leopardi (2001) na pesquisa de abordagem qualitativa, o tamanho da amostra não precisa necessariamente ser elevado. Em geral, quando os dados se tornam significativamente repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente, essa decisão deve ser tomada com base na percepção do próprio investigador.

O poder em pesquisa qualitativa está na riqueza da descrição e detalhes de experiências específicas, processos sociais, culturas, e narrativas. Uma categoria é considerada saturada quando parece não surgir nenhuma nova informação durante a codificação, ou seja, quando não se vê novas propriedades, dimensões, condições, acções/interacções ou consequências nos dados. A saturação é mais uma questão de encontrar um ponto na pesquisa no qual colher dados adicionais não se traduz em produção; o que é revelado não acrescenta muita coisa à explicação naquele momento.

Inicialmente propuseram-se a realizar 15 entrevistas, julgando ser este o número ideal para obter a informação pretendida, mas na investigação qualitativa o número de informantes não é o mais importante, mas sim a qualidade de dados produzida; a decisão de parar a colheita de dados foi tomada na sétima entrevista quando verificámos que o conteúdo das mesmas se tornavam repetitivos.

## 2.3- Procedimentos Para Recolha De Dados:

Na investigação qualitativa pode ser utilizada uma variedade de estratégias para a obtenção de dados. Uma das técnicas mais utilizadas nas ciências sociais é segundo Quivy (2008), a entrevista que nas suas diferentes formas, se distingue pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interacção humana. Correctamente valorizados estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexões preciosos. Permite-nos obter informações sobre factos e dados objectivos, mas também sobre o que as pessoas sabem, acreditam, pretendem fazer ou fizeram, explicações, racionalidades ou opiniões...é uma fonte de significados e representações, revela na sua grande maioria coisas não observáveis.

Elegemos a entrevista semidirectiva, pelos objectivos defendidos por Savoie-Zajc (2003):

- Tornar explícito o universo do outro: o investigador pretende entrar em contacto directo e pessoal com os seus sujeitos, para que seja possível descrever com especificidade as experiências, os saberes e as competências. Permite também que sejam revelados sentimentos, pensamentos, intenções, comportamentos do passado, que não se conseguiriam captar somente com a observação.
- Compreender o mundo do outro: o investigador consegue compreender comportamentos complexos e, de certo modo, associá-los ao contexto em que ocorrem.
- Organizar e estruturar o pensamento do investigador: a interacção que se estabelece na entrevista permite, por um lado, que o entrevistado revele o que pensa e, por outro, que o entrevistador possa compreender melhor a problemática.
- Reflectir sobre a problemática: conduz à tomada de consciência e de transformação por parte do investigador e dos sujeitos.

A entrevista semidirectiva é, então, a técnica mais frequentemente utilizada na investigação em Ciências Sociais. Assim, o entrevistado pode estruturar o seu pensamento em torno da questão de partida podendo, nesta fase, dar resposta a todas as questões colocadas. O que se pretende é que o entrevistado consiga por

si próprio reflectir sobre a problemática, da forma mais natural possível (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Para Bell (1997), a maioria das entrevistas realizadas na etapa de recolha de dados da pesquisa situam-se algures entre o ponto completamente estruturado e o ponto completamente não estruturado do *continuum* de formalidade, pois é importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é de importância central para ele, no entanto, garante ao mesmo tempo que todos os tópicos considerados cruciais sejam abordados.

A entrevista semidirectiva ou semi-estruturada é, de acordo com Quivy (2008), a mais utilizada em investigação social. Sendo semi-estruturada não é completamente aberta pressupondo a elaboração de um guião orientador, que consiste segundo este mesmo autor numa série de perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber informação por parte do entrevistado.

Esta “*flexibilidade orientadora*” transforma esta técnica de recolha de dados, num processo excelente de obtenção de informação que dificilmente poderia ser obtida de outra forma. A opção por esta modalidade de entrevista visa possibilitar a dinâmica da interacção entrevistador/entrevistado, para que possam emergir novas questões e novos dados, contribuindo para o enriquecimento da informação a recolher. Com ela pretendem aceder “a aspectos em que o investigador não pensava”. (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Privilegiamos no estudo a realização de entrevistas do tipo semi-estruturadas, que são geralmente conduzidas com base em tópicos específicos a partir da qual se criam as questões, construindo assim, um guião para a obtenção das informações pretendidas. (ANEXO I)

Para a elaboração do guião de entrevista tivemos em consideração os objectivos do estudo, elaborando um conjunto previsível de questões que consideramos norteadoras da investigação em questão. Para a última questão utilizamos a técnica de associação livre de palavras, que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de um estímulo indutor, permitindo colocar em evidência universos semânticos de palavras. Esta técnica tem sido utilizada com frequência em pesquisas sobre representações sociais. Para Abric (1994), este instrumento permite a actualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.

Para Bardin (2004) o teste de associação de palavras serve para estudar estereótipos sociais, respostas espontâneas partilhadas pelos membros de um grupo, quando questionadas “sobre a ideia que tem de...”. É segundo esta autora

a representação de um objecto, mais ou menos desligada da sua representação objectiva. Constitui-se como uma estrutura cognitiva e não inata, visto estar directamente ligada à influência do meio cultural e à experiência pessoal.

A colheita de informações pela aplicação da técnica de associação livre de ideias baseou-se na palavra estímulo “parteira”, para que as entrevistadas, livremente, fizessem a associação dessa palavra com suas próprias ideias.

A Associação Livre de Ideias, por ser uma técnica que faz as pessoas emitirem palavras, as mais espontâneas possíveis, traz aquilo que é mais significativo para a entrevistada, até mesmo o silêncio e as reticências são objecto de análise.

A elaboração de um guião de entrevista, adaptado às problemáticas em estudo, antecedeu a fase da realização das entrevistas. O guião orientador das entrevistas foi organizado em blocos temáticos com os referentes objectivos específicos, um formulário orientador de questões e um conjunto de aspectos a analisar, caso a entrevistada não se referisse espontaneamente às questões.

Para o registo da entrevista utilizou-se a gravação, com garantia do anonimato das entrevistadas. As entrevistas foram realizadas individualmente e em local reservado. Propiciou-se ambiente favorável, descontraído e seguro que permitisse a exposição das ideias sem receios. As entrevistas foram gravadas para assegurar fidedignidade dos dados e posteriormente transcritas, tal como afirmam Lessard, Goyette e Boutin (1990), os dados provenientes das entrevistas devem ser registados por escrito (ou transcritos, no caso de ter havido gravação de áudio), para serem de seguida tratados.

A realização das entrevistas, teve lugar no período de permanência das puérperas no hospital, nas primeiras 48h de internamento, durante o mês de Março e Abril de 2011.

De forma a assegurar o rigor científico da investigação foi necessário assegurar os critérios de credibilidade, autenticidade e transferibilidade, tal como refere Fortin (2009). O investigador deve assim assegurar-se que os dados ou os resultados da investigação reflectem apenas as experiências e os pontos de vista dos participantes e não os seus. Para Fortin (2009) a noção de credibilidade, autenticidade e transferibilidade dos dados são colocadas em primeiro lugar.

## 2.4- Estratégias Para Análise Dos Dados:

*“A análise de dados é o processo de busca e de organização sistemático de transcrição de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou.”.* (Bogdan e Biklen, 1994,p.205)

Na investigação qualitativa os dados são para Fortin (1999), a reunião e o resumo, sob a forma narrativa, dos dados não numéricos. Segundo P. Henry e S. Moscovici (1968) in Bardin (2004, p.37) *“... tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.*

Para a melhor compreensão dos dados obtidos optamos pela técnica de análise do conteúdo segundo Bardin, que visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Esta técnica é ,para esta autora, um conjunto de estratégias de análise das comunicações com o objectivo geral de observar a influência do modo de produção dos objectos quotidianos sobre a relação com esses objectos. Começa com a audição das descrições verbais dos participantes e continua com a leitura e releitura das transcrições onde se podem identificar e extrair declarações significativas. (Streubert, Carpenter, 2002)

Referindo-nos a Bardin (1977), a análise de conteúdo não deve ser utilizada apenas para efectuar uma descrição do conteúdo das mensagens, uma vez que a sua principal finalidade é como diz Vala (1999), efectuar inferências das mensagens sob análise, baseando-se numa lógica explicitada, recorrendo à decomposição da informação do discurso do entrevistado em traços de significação, de forma a produzir um novo discurso.

Desta forma, Bardin (1977) afirma ainda que pertencem ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, porém complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação. Esta abordagem tem por finalidade efectuar as deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O pesquisador possui à sua disposição ou cria todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à

questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações; em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados ou aumentar sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

Carmo e Ferreira (1998,p.251), referindo-se às características descritas por Berelson (1952), referem que a análise de conteúdo deve ser objectiva porque *“a análise deve ser efectuada de acordo com determinadas regras, obedecer a instruções suficientemente claras e precisas para que investigadores diferentes, trabalhando sobre o mesmo conteúdo, possam obter os mesmos resultados”*. Da mesma forma, a análise deverá ser sistemática porque *“a totalidade do conteúdo deve ser ordenado e integrado em categorias previamente escolhidas em função dos objectivos que o investigador quer atingir”*.

Para a gravação das entrevistas utilizamos o suporte magnético, iniciando-se depois o processo de ordenação, classificação e análise dos dados: envolvendo a transcrição na íntegra, leitura e organização dos depoimentos. Seguidamente classificamos os dados através da leitura exaustiva dos textos com o objectivo de reunir as ideias principais expressas pelos sujeitos, constituindo assim, o corpus de análise das entrevistas. Foram então extraídos excertos dos vários depoimentos, a partir dos temas identificados, que constituíram as unidades de registo, base para a construção das categorias e subcategorias deste estudo.

De acordo com Bardin (2002), a análise de conteúdo organiza-se em três fases, sendo elas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consiste na operacionalização das ideias iniciais de forma a estruturar o processo de investigação. A etapa da pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Correspondendo a um período de intuições, e que tem por objectivos tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas.

Esta fase é composta por actividades não estruturadas, abertas por oposição à exploração dos documentos. Inicia-se com a leitura flutuante que consiste em estabelecer contacto com os documentos, a analisar e em conhecer o tema, procurando descobrir impressões e orientações. A escolha dos documentos é determinada em função dos objectivos do trabalho, e uma vez definido o universo, procede-se à construção de um *corpus*, que se constitui da revisão e organização do material, de tal forma que possa responder a algumas normas de validade.

Nesta fase formulam-se os objectivos e as questões de investigação, seleccionam-se os excertos da informação recolhida a serem analisados e

posteriormente elaboram-se os indicadores que fundamentam a interpretação final.

A fase da exploração e preparação do material, etapa antes da análise propriamente dita, consiste na reunião de todo o material a ser preparado. As entrevistas gravadas são transcritas na íntegra, e a interpretação final pressupõe a leitura flutuante das entrevistas a analisar, a escolha dos documentos de acordo com os objectivos pretendidos e a constituição de um corpus que é o conjunto de excertos que vão ser submetidos a análise.

A *exploração do material*, segundo Bardin (1977) consiste, essencialmente, na operação de codificação, ou seja depois de constituído o corpus segue-se a codificação que corresponde à transformação dos dados brutos por recorte, agregação e enumeração permitindo alcançar a representação do conteúdo susceptível de esclarecer acerca das características do texto. Quando se realiza a transformação dos dados brutos visa-se alcançar o núcleo central de compreensão do texto.

O recorte do texto em unidades de registo, que segundo Bardin (2002) corresponde à parte do conteúdo a considerar, visa a categorização e a contagem frequencial, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, tal como foi estabelecido na pré-análise. Após, escolhe-se as regras de contagem ou convergência dos dados, uma vez que, tradicionalmente, elas se constroem em indicadores que permitem, de alguma forma, estabelecer quantificação ou representatividade. A partir desta fase, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

Deste modo, a *categorização* pode ser definida como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo a semelhança, com os critérios previamente definidos (Bardin, 2002).

Um certo número de sinais da linguagem que correspondem a uma variável da teoria é assumido como uma categoria (Hogenraad, 1984 citado por Vala, 1999). A análise das entrevistas será realizada tendo em conta os aspectos relativos não só às atitudes de avaliação, isto é, se determinado aspecto é positivo ou negativo, relacionando os resultados em função das variáveis externas relativas aos sujeitos, nomeadamente a instituição de trabalho (Bardin, 2002).

Por último, na terceira etapa descrita por Bardin, tem-se o *tratamento dos resultados obtidos e a interpretação* destes; numa primeira fase os resultados brutos são submetidos a operações que permitem colocar em relevo as

informações obtidas, posteriormente o pesquisador sugere inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico podendo também revelar outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

## **2.5- Considerações Éticas:**

Realizar um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo, neste caso um estudo com abordagem qualitativa, seja sólido do ponto de vista ético e moral. Os direitos humanos necessitam de ser sempre assegurados.

Para Fortin (1999), cinco princípios ou direitos fundamentais devem ser aplicados pelos códigos de ética no decurso de uma investigação: o direito à autodeterminação (participação livre na investigação), o direito à intimidade (liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas), o direito ao anonimato e à confidencialidade (os resultados da investigação devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes possa ser identificado), o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo (protecção do investigado contra eventuais inconvenientes) e por fim tratamento justo e equitativo (direito de receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo).

Os aspectos éticos são decisivos em investigação, pois sem estas condições norteadoras dos limites e orientação dos passos de investigação, colocamos em risco a própria investigação. Os investigadores devem conduzir a investigação com responsabilidade e com preocupação pela dignidade e bem-estar dos participantes, de acordo com os padrões éticos, planificando assim a investigação de modo a reduzir a possibilidade dos resultados serem equívocos, clarificando a natureza da investigação. Os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade devem ser previstos.

Antes de iniciar o estudo, os investigadores deverão obter a devida aprovação para a realização da investigação, devendo fornecer informação precisa acerca dos objectivos da investigação, sendo claro e explícito com todos os intervenientes relativamente aos termos do acordo respeitando-os até à conclusão do estudo. (Bogdan e Biklen, 1994)

Para tal, no decurso da realização deste estudo foram elaborados os seguintes documentos:

- Pedido de Autorização ao Conselho de Administração Do Hospital Central da região do Porto (ANEXO II)
- Consentimento Informado (ANEXO III)
- Apresentação do Estudo (ANEXO IV)

Desta forma, apenas após a cedência de autorização pelo Conselho de Administração da Instituição (ANEXO V) onde decorreu a investigação, é que foram tomadas as medidas tendo em vista o contacto directo com as participantes do estudo.

As entrevistas foram realizadas em horário pós laboral e o local foi escolhido no sentido de proporcionar privacidade e conforto às entrevistadas, optando-se por uma área do serviço que neste momento se encontra parcialmente desactivada. Foi escolhido o turno da tarde devido a critérios de organização do serviço, nomeadamente maior disponibilidade da puérpera.

A duração das entrevistas variou entre trinta e quarenta minutos, estando a maioria em torno de vinte minutos. Depois de realizadas as entrevistas, as gravações foram transcritas imediatamente visando manter a integralidade das falas e a memória das expressões e gestos das entrevistadas.

No início foi explicado à participante os objectivos da investigação e solicitada a sua autorização para gravar a entrevista garantindo o anonimato e confidencialidade. Foi ainda referido que poderia desistir da entrevista em qualquer momento da sua execução. Os dados recolhidos neste estudo foram do conhecimento exclusivo do investigador e orientador. Honramos o compromisso assumido com as participantes.



## **PARTE III**

---

### **RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO**



## CAPITULO 3 - ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação. Começamos pela caracterização dos participantes deste estudo para posteriormente, analisarmos o conteúdo das entrevistas, com base na técnica de análise de conteúdo.

### 3.1- Caracterização Das Participantes

Nesta investigação participaram sete puérperas que correspondiam aos critérios de inclusão na amostra e cujas características sociodemográficas se passam a descrever:

A totalidade das participantes é de etnia caucasiana e apresenta uma média de idades de 26,4 anos, com uma máxima de 30 anos e a mínima de 19 anos, como se pode verificar no seguinte quadro:

**Quadro 1- Distribuição das participantes pela idade**

Idade	N	%
19	1	14,29
25	1	14,29
26	1	14,29
28	2	28,58
29	1	14,29
30	1	14,29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Em relação às habilitações literárias, verificamos que apenas duas das participantes (28,58%) possuem seis anos de formação e as restantes (71,42%) apresentam nove ou mais anos de formação, conforme se pode verificar no quadro:

**Quadro 2- Distribuição das participantes segundo a formação em número de anos**

<b>Formação em número de anos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
6	2	28,58
9	2	28,58
12	2	28,58
16	1	14,29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Em relação ao estado civil podemos verificar que a maioria das entrevistadas é casada ou vive em união de facto (85,71%) e apenas uma das participantes é solteira (14,29%).

**Quadro 3- Distribuição das participantes quanto ao estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casada	4	57,16
União de facto	2	28,58
Solteira	1	14,29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

No que diz respeito à actividade profissional apenas duas das participantes se encontravam desempregadas (n=2, 28,58%). Para a classificação da profissão foi utilizada a Classificação social internacional de GRAFFAR, sendo a mais comum às entrevistadas a que corresponde à profissão de operárias especializadas (n=4, 57,16%), e apenas uma das entrevistadas pertencia ao grupo dos profissionais com títulos universitários (n=1, 14,29%).

Quanto à paridade a maioria tinha já uma experiência anterior de trabalho de parto e nascimento (n=4, 57,16%) e as restantes vivenciaram o trabalho de parto e parto pela primeira vez (n=3, 42,87%).

### 3.2- Análise Dos Dados

Após a realização e transcrição das entrevistas, deu-se início à leitura e releitura das informações com a intenção de atender os objectivos propostos da pesquisa, e conhecer as representações das mulheres sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A primeira fase define-se como a percepção global do texto e serve segundo Fortin (2004), para entrar no conteúdo do texto familiarizando-se com a experiência relatada através da estrutura repetida, de forma a descobrir o sentido global. Em seguida, procedeu-se à selecção de textos significativos em relação ao objecto em estudo, procurando estabelecer as categorias para iniciar a sua análise.

A palavra categoria, segundo Minayo et al. in Wolff (2004) refere-se a um “*conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si*”. Nesta pesquisa, a categorização deu-se pelo agrupamento dos conteúdos significativos comuns que surgiram das entrevistas.

Tal como nos refere Wolff (2004,p.127), “*Ao trazerem os elementos constitutivos da assistência recebida no trabalho de parto e parto, os depoimentos das mulheres entrevistadas possibilitaram evidenciar um conhecimento legítimo, enquanto saber do senso comum que impulsiona as transformações sociais*”.

A forma como representam os cuidados recebidos, as expectativas que detinham quanto ao processo de trabalho de parto e nascimento, as representações que detêm quanto à imagem e papel do EESMO na assistência ao processo de nascimento foram alguns tópicos procurados na realização das entrevistas.

O que disseram sobre como foram e/ou como gostariam de ter sido atendidas no trabalho de parto e nascimento, mais especificamente sobre a percepção dos cuidados recebidos pelo EESMO, permitiram-nos delinear um conjunto de categorias e subcategorias que passamos a descrevê-las, analisá-las e discuti-las tendo subjacente o enquadramento teórico, assim como a Teoria das Representações Sociais.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Expectativas sobre o processo de Trabalho de Parto e Nascimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo</li> <li>• Complexificação do parto</li> </ul>
Diluição de Papéis Profissionais durante o Trabalho de Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinição dos agentes prestadores de cuidados</li> <li>• Parto como acto médico</li> <li>• Códigos de identificação pessoal não explícitos</li> </ul>
Percepção das competências do EESMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecimento da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia</li> <li>• Subordinação ao poder médico</li> <li>• (In)visibilidade das intervenções do enfermeiro</li> </ul>
Conotação actual do termo parteira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva</li> <li>• Negativa</li> </ul>

**Tabela 1: Identificação das categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas**

### 3.3- Análise e Discussão Dos Dados

Durante a leitura e transcrição das entrevistas foram emergindo várias categorias e subcategorias através dos indicadores referenciados pelas entrevistadas. As quais se passam a discutir em pormenor:

#### 3.3.1- Expectativas Sobre o Processo de Trabalho de Parto e Nascimento

O trabalho de parto e nascimento representa um marco na vida da mulher, repercutindo profundamente nos seus planos físico, emocional e social, sendo um acontecimento único, significativo para a generalidade das mulheres, particularmente o momento em que vê e toca no bebé pela primeira vez.

É uma das maiores experiências do ser humano dado que para a maior parte das mulheres e segundo Kitzinger (1987) citada por Lopes et al (2005), a experiência de dar à luz é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebé serão lembrados nos mínimos detalhes. Segundo os mesmos autores o parto, na sua natureza, não é um evento neutro - ele tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa.

Neste estudo foram questionadas as utentes quanto às suas expectativas em relação ao trabalho de parto e nascimento, procurando-se compreender as representações não só em relação ao trabalho de parto e nascimento, mas também em relação ao papel do EESMO neste contexto.

**Tabela 2: Expectativas sobre o processo de Trabalho de Parto e Nascimento**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Expectativas sobre o processo de Trabalho de Parto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medo</li><li>• Complexificação do parto</li></ul>

Na categoria expectativas sobre o trabalho de parto e nascimento podemos concluir que a maior parte das utentes entrevistadas possuía expectativas em relação ao trabalho de parto, representadas como um momento de grande ansiedade que se traduziu sob a forma de:

- **Medo**

*Um bocadinho de medo (...) sofri da primeira tinha medo de estar muito tempo ali... (E1)*

*Tinha muito medo, estava nervosa, era o primeiro... (E2)*

*(...) pensei que ia ser uma coisa muito difícil ...metia-me medo o parto... tinha medo dos pontos (E3)*

*(...) tinha medo por causa das dores e do que diziam, (...)tinha medo , tinha ideia que eram todos um pouco maus por histórias que ouvia “ não venha para aqui berrar” temos essas ideias assim.(E6)*

*Este parto metia-me medo (...) (E7)*

Tal como nos referem Costa et al (2003), maior parte das mulheres gera enormes expectativas em relação ao trabalho de parto e nascimento, sendo a dor uma das dimensões mais preponderantes da expectativa do parto, muito por histórias e experiências enraizadas mas também por influência do *mass media* que dominam as concepções do mundo que nos rodeia. Neste estudo, pudemos constatar que tal como os autores acima mencionados nos referem, a maioria das mulheres tinha como principal expectativa o sofrimento pelas dores das contracções, pela dificuldade associada ao acto de parir, o que gerava uma enorme ansiedade.

Também para Wolff (2004) e baseando-se no trabalho de Simões e Souza (1997) ao tentar compreender o ser parturiente, concluiu que a mesma vivencia o processo de parto como algo extremamente angustiante e temeroso.

Segundo Collaço (2002) in Wolff (2004) essa representação do processo de trabalho de parto e nascimento é reforçada pela comunicação social, que divulga uma imagem do parto como algo doloroso, com cenas escandalosas e cheias de sangue e horror, que entram directamente na maior parte dos lares fortalecendo a imagem negativa do parto.

Também Tedesco e Zugaib (1997) citados por Wolff (2004) referem que a dor no parto é vista culturalmente como inevitável, expressa nos relatos que acompanham gerações familiares com histórias de dor e de sofrimento.

Quando questionadas acerca das informações que obtiveram durante a gravidez sobre o processo de trabalho de parto e nascimento, a maioria das

utentes entrevistadas refere não ter tido informação adequada acerca desta matéria.

Não podemos deixar de referir a importância da adequada vigilância pré-natal por parte do EESMO como fundamental para diminuir estes sentimentos.

De igual modo, Ziegel e Cranley (1986) enfatizam que os objectivos da assistência pré-natal devem ser observados de forma a esclarecer erros e exterminar os mitos sobre a gravidez e o parto, trocando-os por informações correctas e ensinando algumas habilidades físicas e/ou mentais que melhorarão a capacidade do casal de cooperar com o trabalho de parto e com o parto. É importante lembrar que a mulher “amedrontada” bloqueia a ocitocina, imprescindível para o parto...enquanto que a mulher “protegida” a liberta, trazendo inúmeros benefícios para esse momento.

Ávila (1998) in Wolff (2004) diz que o casal grávido deve receber informações acerca das rotinas hospitalares e, se possível, deve visitar as instalações hospitalares onde terá o seu filho. Tais condutas preparam as mulheres grávidas para viver com menos ansiedade o momento do parto por não terem de enfrentar acontecimentos inesperados e desconhecidos. Acrescenta a mesma autora que o casal grávido precisa ser informado sobre o que é uma contracção uterina, sua importância no trabalho de parto e sobre como reconhecê-la no processo do parto.

- **Complexificação do parto:**

Durante o século XX avanços científicos e tecnológicos mudaram radicalmente as nossas vidas, inclusivé a forma como nascemos. Em inúmeras partes do mundo mudanças rápidas na assistência ao parto e nascimento resultaram no uso excessivo de tecnologia perinatal e perda de modelos de assistência baseados na mulher, na família e na comunidade, como podemos constatar nos depoimentos abaixo mencionados:

*Na sala de partos pensei que estivesse mais gente (profissionais) na mesma sala, eu não fiz a visita à sala de partos, imaginava de uma maneira diferente, imaginava mais tipo bloco operatório (...) pensei que estava o médico sempre, uma auxiliar, as enfermeiras, o anestesista, porque eu já fui lancetada e tive muita gente comigo e pensei que o parto por ser uma coisa mais grandiosa ia ter casa cheia (...) (E3)*

*Quando pensava na sala de partos pensava numa equipa desde auxiliares a médicos (...) (E4)*

No actual modelo de organização da assistência ao parto, o momento do trabalho de parto tem sido sistematicamente suprimido ou ignorado como um momento privilegiado para o crescimento psicológico da mulher e para o qual esta contribui de forma activa e esclarecida. O paradigma médico de atenção ao parto é estritamente intervencionista, cirúrgico, isto porque, a obstetrícia científica nasceu sob a tutela cirúrgica.

Nesta era científica e tecnológica, o trabalho de parto é modelado pelo trabalho do médico, e não o contrário. Um parto medicamente assistido desfruta de enorme prestígio entre os profissionais da saúde, nomeadamente a classe médica, fortemente estruturado em torno da ideia de segurança, enquanto o parto normal configura-se cada vez mais como um sofrimento desnecessário, repleto de riscos.

Como se verifica para estas duas utentes a visão do parto pode ser entendida como uma visão medicalizada, tecnicista, considerando o parto não como o acto natural de parir, fisiológico, mas como uma patologia que deve ser tratada num ambiente cirúrgico, com uma equipa multidisciplinar, sendo condição “*sine qua none*” ao processo de trabalho de parto e nascimento.

Da mesma opinião são Caron e Silva (2002) quando referem que a obstetrícia moderna transformou o parto e o nascimento num processo medicalizado, descaracterizando a essência original de fenómeno existencial e psicológico, para mãe e filho, e acontecimento social, para o grupo familiar e sociedade. Esse modelo prima pela racionalidade, tecnicismo, mercantilismo e pela carência de princípios humanísticos, em que mãe e filho deixam de ser vistos como pessoas e passam de sujeitos para objectos da assistência.

Essa prática assistencial tem provocado crescente angústia nas mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de riscos e dor física.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), nas últimas décadas, vimos uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto, com o objectivo de obter melhores resultados para as mães e recém-nascidos e, algumas vezes, para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar. No Guia prático de assistência ao parto normal da Organização Mundial de Saúde (OMS), são discutidas as práticas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, o que deve ser mantido porque os benefícios são assegurados e o que deve ser abolido, porque são práticas obstétricas comprovadamente danosas.

Se reflectirmos na designação adoptada pela maioria das maternidades existentes no nosso país, podemos observar que o nome Bloco de partos predomina em oposição à Sala de partos, tendo esta última uma conotação “mais caseira e simples” em oposição à primeira que se caracteriza pela complexidade do acto, assemelhando-se a um bloco cirúrgico, opinião partilhada por uma das entrevistadas neste estudo.

Referindo-nos aos depoimentos destas duas utentes, o processo de trabalho de parto e nascimento é tudo menos fisiológico revelando alguma dificuldade em acreditar na verdadeira essência do acto de parir. Se a crença de que o trabalho de parto e parto deve ser algo ameaçador que envolve de todos os elementos da equipa a presença constante em simultâneo, uma vez mais podemos inferir que o papel do EESMO fica claramente subjugado, visto que este no âmbito da equipa, do “aparato tecnológico” e poder médico, poderá ficar desfavorecido, pois a sua principal função é restituir à mulher o parto e o nascimento como a mais alta expressão de saúde e vitalidade.

### *3.3.2- Diluição de Papéis Profissionais durante o Trabalho de Parto*

Tal como nos refere Waldow (1999) citado por Wolff (2004) o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado, sendo um processo interactivo, entre o cuidador e o ser cuidado, em que o primeiro tem um papel activo, pois desenvolve acções e comportamentos de cuidar e merece sempre do ser cuidado uma avaliação das suas atitudes e dos seus actos, podendo gerar neste uma fonte de satisfação ou insatisfação face aos cuidados recebidos, e aos quais lhe atribui significados e representações.

Neste sentido, a identidade profissional pressupõe a elaboração de um código comum a um grupo. No entanto, apesar da enfermagem possuir um código próprio, segundo Oliveira (1995), às vezes, parece não existir, por parte da sociedade, uma diferenciação entre enfermeiro e equipa de saúde o que certamente apresenta reflexos nas representações, na auto-imagem dos profissionais acerca de seu trabalho e das funções sociais.

Tabela 3: Diluição de Papeis Profissionais durante o Trabalho de Parto

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Diluição de Papeis Profissionais durante o Trabalho de Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinição dos agentes prestadores de cuidados</li> <li>• Parto como acto médico</li> <li>• Códigos de identificação pessoal não explícitos</li> </ul>

- Indefinição dos agentes prestadores de cuidados :

Apesar das referências feitas ao tipo de cuidados prestados como congruentes, podemos constatar através dos dados emergentes que existe alguma confusão em relação à identificação do prestador de cuidados:

*Foi óptimo o parto (...) foram boas (...) tanto uma como outra foram boas para mim...fizeram o trabalho delas...eu dizia que não podia e elas insistiam (...) ajudaram imenso, estiveram sempre à minha beira (...). Na sala de partos eu não perguntei nada elas antecipavam-se em tudo, parece que sabiam o que eu ia perguntar, ensinaram-me tudinho, nunca é mau tornar a ouvir (...). Tudo o que me puseram elas explicavam tudo (...). (E1)*

*(...) explicaram-me tudo (...) porque até quando ele (o pai) disse que não aguentava assistir elas disseram para não se preocupar, que iam estar sempre ao meu lado, ajudaram-me muito, se não fossem elas que foram muito simpáticas e ajudaram-me muito, eu não conseguia tê-lo (...) elas ajudaram-me em tudo (E2)*

*(...) elas fizeram tudo tão fácil que até pensei que estavam a brincar... Fui bastante bem atendida. (E3)*

*Os profissionais na sala de partos foram espectaculares (...) (E4)*

*(...) correu muito bem... Mas tudo aconteceu naturalmente. A calma no trabalho de parto depende da equipa que apanhamos. Correu bem e eu fiquei muito calma (...) Eram todos muito carinhosos e atenciosos (...) eram todos espectaculares. (E6)*

*Tive muito contacto com os profissionais de saúde, reconheci e valorizei todos, porque foram todos espectaculares. Tive sempre compreensão e cuidados de todos e ainda por cima apanhei várias equipas. Recebi todo o tipo de cuidados de enfermagem tudo o que precisava estavam lá. O balanço foi muito positivo (...).A equipa foi fantástica, muito boa mesmo, notei acompanhamento. (E7)*

O primeiro depoimento demonstra, claramente, a satisfação da cliente com o cuidado dispensado durante o trabalho de parto e parto, diante da necessidade de estar informada sobre a situação, necessidade de ajuda e aproximação. Os aspectos subjectivos do cuidar, que incluíram a escuta atenta de suas queixas de dor, a disponibilidade para ajuda e a promoção de suporte emocional, foram também relatados por uma das entrevistas como essenciais.

Ao se referirem à assistência recebida no hospital onde a pesquisa foi realizada, comentaram a dinâmica de trabalho, onde actuam os diversos profissionais de saúde. Na sua maioria, as mulheres perceberam a diferença entre um e outro profissional, mas somente quando questionaram, ficando claro a ausência de conhecimento acerca das actividades de cada grupo profissional. No entanto, afirmaram não se importar em serem atendidas pelos profissionais médicos ou de enfermagem, quando estes lhes dão atenção e dedicação compatível.

É possível observar nos depoimentos das mulheres entrevistadas, que elas percebem o essencial da dinâmica de funcionamento do serviço e se sentem bem. Nesse sentido, referem-se à assistência recebida como satisfatória, relatando que foram bem tratadas e que os profissionais foram atenciosos e carinhosos, passando confiança e segurança ao explicarem sobre os procedimentos e condutas adoptadas.

A satisfação com o cuidado recebido é para os profissionais um factor essencial para o seu desenvolvimento e crescimento, pois é nos utentes que está a razão da sua existência. E é nesta sequência de ideias que Abreu (2001) afirma que, enquanto pessoas, temos necessidade de obter, através de um modelo comparativo com outros grupos, uma avaliação positiva das nossas atitudes e comportamentos.

Parece-nos através da análise das entrevistas que este facto foi conseguido, ainda de uma forma “inglória”, ou seja, o reconhecimento é obtido não pelo valor intrínseco da especialidade, mas como uma apropriação do campo médico, quando bem sucedido, tornando-se notória a indefinição dos agentes prestadores de cuidados.

Quando as utentes se referiam aos agentes prestadores de cuidados identificavam-nos na maioria das vezes como “elas”, traduzindo uma certa indefinição sobre o grupo profissional a que pertenciam. Apenas uma das entrevistadas afirmou reconhecer e distinguir o tipo de cuidados em relação ao grupo profissional a que cada um pertencia.

- **Parto como acto médico:**

Neste estudo, para a maioria das entrevistadas o trabalho de parto e parto é da exclusividade do médico. Quando questionadas sobre as expectativas que tinham em relação ao profissional responsável pelo parto, foram unânimes em afirmar que seria um elemento da classe médica, como podemos observar nos seguintes indicadores:

*Pensei que quem me fazia o parto era a médica que me seguiu nas consultas, mesmo nas consultas de termo foi sempre os mesmos. (...)até não foi a médica que me fez o parto e gostei muito, foi a enfermeira, ela disse que era enfermeira porque eu perguntei, ou acho que lhe chamei doutora(...)da primeira vez foi uma médica. (E1)*

*A expectativa que tinha em relação ao profissional que faz o parto era o médico, porque se andei a ser seguida aqui no hospital, nas consultas pelo médica, achei que fosse ela a fazer o parto, apesar de também ser atendida por enfermeiras, os cuidados médicos são mais especializados, e os de enfermagem não são tanto. (E4)*

*Na altura não estava preocupada em saber se eram médicas ou enfermeiras. Nunca tinha pensado nisso mas pensava que eram os médicos a fazer o parto (...). (E5)*

*Nós claros queremos ter os nossos filhos e dependemos dos médicos para nos ajudar. (...) quem faz o parto é a médica obstetra, quem sabe se está próximo é a médica (...). (E6) A parteira tem que ser médica (E6)*

Para as entrevistadas deste estudo o parto é um acto médico. Os cuidados médicos são percebidos como sendo mais especializados do que os cuidados de enfermagem, o que leva a que, dada a importância atribuída ao acto de parir, a maioria das utentes, atribua o “protagonismo” da assistência ao processo de nascimento ao médico, enquanto saber mais especializado.

Verifica-se também nestes depoimentos que a ausência da vigilância pré natal pelo EESMO, leva a que as utentes considerem a vigilância da gravidez apenas do foro médico, e por isso “idealizando” que sejam estes os responsáveis pelo parto.

Um dos critérios de inclusão da amostra neste estudo, foi a assistência ao parto de todas as mulheres entrevistadas ser da responsabilidade do EESMO. No entanto, durante a realização das entrevistas quando questionadas acerca do conhecimento que tinham em relação ao profissional que tinha assistido ao nascimento dos seus filhos, afirmavam ter sido o profissional médico, o que denota a falta de visibilidade dos cuidados do profissional EESMO:

*Tive ajuda das médicas que eram simpáticas... ajudaram-me, estiveram sempre ao meu lado...o parto acho que foi uma médica (E2)*

*Quem me fez o parto foi uma doutora que acho que era médica (E6)*

- **Códigos de identificação pessoal não explícitos:**

Na subcategoria - Códigos de identificação pessoal não explícitos, podemos constatar que a maioria das entrevistadas não reconheceu os profissionais de enfermagem, e quando os identificavam tinham por base o questionamento por parte destas e não o reconhecimento das suas funções enquanto grupo profissional, como podemos constatar com os seguintes depoimentos:

*No Serviço de Urgência fui atendida por uma enfermeira...foi uma bata azul...acho que foi enfermeira...as medicas costumam ter uma bata branca...esta não tinha. (...) (E1)*

*(...)o parto acho que foi uma médica, de bata amarela ou azul, foram duas que ajudaram(...). (E2)*

*Na sala de partos é complicado saber quem é quem, porque andam todos iguais e eu não sei se é auxiliar, enfermeira, médica. (E4)*

*Não sei quem eram os profissionais na sala de partos, mas acho que tinha médicas, enfermeiras, auxiliares (...). Não sei dizer se eram médicas ou enfermeiras, mas acho que eram enfermeiras, estava lá também uma médica, acho, porque estávamos a ter todas ao mesmo tempo, acho eu que eram enfermeiras, não tenho a certeza, estava muita gente, é um bocado complicado perceber quem eram. (E5)*

*Perguntei se podia usar a bola, pedi a uma funcionária, não sei quem era porque estavam todas vestidas de igual, umas batas azuis, reconheci muitos médicos, alguns que me fizeram anteriormente a ecografia. Normalmente o médico anda também com as batas azuis mas tem a bata branca, os restantes não. (E6)*

Importa realçar que os profissionais de saúde vestem o uniforme disponibilizado pelo hospital, que é igual para todos os elementos da equipa multidisciplinar. No entanto, a maior parte dos elementos da classe médica não dispensa o uso da bata branca, como símbolo representativo do seu grupo profissional.

Os depoimentos mostram-nos que, raramente, os profissionais se identificaram e informaram a função que desempenhavam. Podemos também constatar que na ausência de identificação dos profissionais, as entrevistadas identificam-nos com base em representações que cada uma detém acerca do grupo profissional a que eles pertencem.

Na primeira entrevista, a utente tinha dúvidas quanto ao profissional que a atendeu no serviço de urgência, no entanto, perante a inexistência do símbolo “bata branca”, afirmou, ainda que hesitante, que o profissional seria então enfermeiro. Este símbolo também foi mencionado na última entrevista como um elemento identificativo da classe médica.

Segundo nos refere Sales (2008) em 1992, Aber & Hawkins desenvolveram um estudo sobre a imagem dos enfermeiros em anúncios publicitários publicados em jornais e revistas médicas e de enfermagem dos Estados Unidos da América, cujo objectivo consistia em verificar se a imagem do enfermeiro nesses anúncios retratava o papel por ele desempenhado na prestação dos cuidados de saúde. Citando Sales (2008,p.36) *“Apesar do local onde o estudo foi realizado corresponder a uma realidade distinta da portuguesa, os resultados obtidos não deixam de ser relevantes para promoverem uma discussão e reflexão sobre o tema, na medida em que não contribuem para a promoção de uma imagem profissional coerente em relação ao valor do trabalho realizado pelos enfermeiros”*.

Podemos observar também na nossa realidade não somente nos anúncios, mas também em séries televisivas que a figura do médico compõe-se sempre do uso de símbolos como bata branca e estetoscópio e a enfermeira em circunstância alguma faz uso destes símbolos, apresentando na maior parte das vezes um papel submisso de mera auxiliar do médico. Percebe-se, com isso, a importância dos profissionais reflectirem sobre a necessidade de no primeiro contacto com as utentes se identificarem e mencionarem a função que exercem naquele local, principalmente por ser um espaço onde co-habitam vários elementos pertencentes a uma equipa multidisciplinar.

Verifica-se que as mulheres entrevistadas mostraram dificuldades na identificação dos elementos da equipa de saúde; muitas vezes, não sabiam diferenciar os profissionais que as atenderam e em alguns depoimentos, as mulheres afirmaram reconhecê-los, no entanto, hesitaram um pouco e confundiram-se ao descreverem a assistência que lhes foi prestada. Estas entrevistas evidenciam características importantes no relacionamento interpessoal inadequado (por exemplo, “muita gente”, isto é, “muitos profissionais”, “complicado saber “quem é quem”), que torna difícil para a parturiente identificar quem lhe prestou assistência, e acima de tudo reconhecer e valorizar correctamente as competências de cada um, não existindo códigos de identificação explícitos em relação ao profissional de enfermagem.

### 3.3.3- Percepção das Competências do EESMO

De acordo com Graveto (2005) citado por Santos (2009) o termo *competência* advém da palavra «*skill*» que na língua escandinava significava

«aquele que tinha discernimento no conhecimento». Mais tarde significou «perícia numa determinada arte, no comércio e na técnica». Do latim, significa «experiência, conhecimento prático, familiaridade».

Se tivermos em conta a definição dada por Costa e Melo (1999) *competência* significa “*aptidão; idoneidade; capacidade; faculdade que uma pessoa tem para resolver um assunto*”.

De acordo com Nunes (2002) qualquer competência pode ser compreendida como tendo três estruturas essenciais: conhecimento, atitudes e habilidades.

Os saberes, saberes-fazer e saber ser, em contexto de trabalho, são factores que contribuem para melhorar a imagem social da Enfermagem. Ao enfermeiro é exigido conhecimento, habilidades e atitudes adequadas para desempenhar no seu domínio, alcançando resultados positivos. É, portanto, exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipa tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas (Cunha e Neto, 2006). O reconhecimento das competências, com a clara explicitação da prática de enfermagem é fundamental na visibilidade e definição do trabalho dos profissionais.

Ao EESMO compete promover, assistir e supervisionar os cuidados à mulher e à criança, inseridas na família/comunidade, desenvolvendo parcerias para promover a sua Saúde, a do Recém-nascido e a das Famílias, considerando a gravidez como um acontecimento natural na vida da mulher, de acordo com a sua cultura.

**Tabela 4: Percepção das competências do EESMO**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>Percepção das competências do EESMO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desconhecimento da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia</li><li>• Subordinação ao poder médico</li><li>• (In)visibilidade das intervenções do enfermeiro</li></ul>

- **Desconhecimento da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia:**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é o profissional habilitado com a formação legal, a quem foi atribuído título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, sendo o profissional responsável pelos Cuidados de Enfermagem à Mulher e Família, no seu Ciclo Reprodutivo, e ao Recém-nascido, ( ICM, 2005).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deve assumir, de acordo a ICM (1990):

- - Os cuidados autónomos à mulher, família e comunidade em situação de saúde, nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido.
- - Os cuidados autónomos e interdependentes à mulher, família e comunidade em situação de doença, nos períodos referidos.
- - A intervenção no âmbito do planeamento familiar, em ginecologia, na educação para a saúde e na investigação.
- - A utilização de resultados de investigação no planeamento, execução e avaliação de cuidados prestados à mulher, família e comunidade

No entanto, constatamos que a partir dos indicadores das nossas entrevistadas, que esse reconhecimento não é efectivado:

*(...) não sei se a enfermeira que fez o parto era profissional, se não era profissional, fez bem o parto. (E2)*

*(...) nem sei se existe mesmo a profissão parteira, acho que hoje já não existem parteiras, não sei, acho que só há médicos e enfermeiros, nem sei se há especialidade. Não tinha ideia que a enfermagem tinha essa especialidade. O médico é que faz os partos no hospital, sempre. (E3)*

*Eu acho que quem me fez o parto foi enfermeira, eu pensava que era a médica a fazer, não sabia que a enfermeira podia fazer, mas a médica estava lá, não sei porquê é por ser médica. (E4)*

*(...) desconheço a especialidade, não quer dizer que não possam analisar a dilatação. (E6)*

Pela análise das entrevistas podemos inferir que, estas competências não são ainda valorizadas pela comunidade, porque elas são desconhecidas. Como se pode verificar na leitura dos depoimentos existe um profundo desconhecimento acerca do que é o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia tanto

na competência de vigilância como na autonomia e legitimidade para vigiar e executar o parto eutócico.

- **Subordinação ao poder médico:**

O modelo biomédico de atenção à saúde é factor prevalente nas organizações dos serviços de saúde, na assistência prestada e no próprio senso comum. Neste contexto, as contribuições da enfermagem acabam sendo sustentações às práticas médicas, constituindo-se como um trabalho complementar ao cuidado médico e assim reconhecido na sociedade.

O passado histórico de enfermagem levou a que na procura de prestígio social, a enfermeira se tenha aproximado do poder instituído, o poder médico, assumindo funções que lhe são delegadas por estes, e que ao contrário do estatuto social pretendido, ajudaram a criar a representação social da enfermeira como mera auxiliar do médico. Isto significa que, no que respeita à imagem que a sociedade tem sobre o enfermeiro, o seu papel nunca é autónomo, facto que foi reportado por algumas das puérperas. As expressões “ajudar a médica”, “auxiliar” fazem parte do discurso de três das utentes entrevistadas, reduzindo o papel de enfermagem como submisso à categoria médica. Muito embora, por parte destas haja uma confusão de papéis, ou seja, o que atribuem como sendo um acto do domínio exclusivo da medicina, foi da exclusiva responsabilidade do EESMO:

*(...)o médico orienta, a enfermeira faz, o médico orienta e dá palpites e a enfermeira faz, a enfermeira age, ela é tem um bocadinho de tudo faz o que lhe dizem mas também troca ideias, durante o parto.(E4)*

*Na sala de partos tem que estar a parteira, que é a médica obstetra, a enfermeira creio que seja só para auxiliar (E5)*

*Eu não sei mas tenho quase a certeza que quem fez o parto foi uma médica, a enfermeira ajuda e também é importante. Ajuda-nos a posicionar, estão interligadas, mas ajudar o bebé a nascer é a médica parteira. A enfermeira parteira está na sala de partos para ajudar a médica. (E6)*

O hospital, hoje, é considerado uma organização complexa, altamente diferenciada e Carapinheiro (1993) considera-o uma instituição social e uma estrutura de cuidados, onde existe uma rede de relações sociais, cuja ordem é produzida e reproduzida por múltiplas estratégias dos profissionais e dos utentes.

Segundo Carapinheiro (1991) através das perspectivas teóricas sobre o hospital que o entendem como instituição total (Goffman, 1968; Walton, 1988),

que o configuram como ordem negociada (Strauss et al, 1963; Strauss, 1978, 1985) e que o apresentam como uma ilustração do conceito panóptico (Foucault, 1963, 1975, 1984; O'Neill, 1985, 1986; Turner 1987), foi possível destacar por um lado, a importância informal e a relevância dos processos negociativos para o conhecimento do funcionamento quotidiano do hospital e por outro lado, a possibilidade de entender o poder dos profissionais da medicina no hospital como um poder disciplinar, ao qual todas as outras classes profissionais estão subjugadas.

Também segundo Carapinheiro (1991), os processos de profissionalização médica, no âmbito da sociologia das profissões e no âmbito da sociologia médica, mostraram as formas de poder monopolístico da profissão médica sobre as restantes profissões da medicina, sendo assim possível caracterizar o poder médico, como um saber-poder. O que significa que o modelo cultural dominante na organização dos serviços de saúde identifica-se no corpo médico, ocupando este um lugar central na hierarquia hospitalar, coexistindo como que hegemonicamente face às outras subculturas, principalmente no que respeita às concepções de saúde, da doença e da intervenção dos profissionais do hospital.

Este saber-poder gera conflito na afirmação da autonomia de Enfermagem, no entanto, e segundo Amendoeira (2004) o conceito de autonomia foi evoluindo desde a década de sessenta essencialmente a partir da separação das escolas dos hospitais, com conseqüente autonomização da enfermagem enquanto disciplina e na medida em que passaram a ser os enfermeiros a fazer a gestão do ensino, desde a concepção, organização e desenvolvimento curricular. Mas, segundo este autor, a imagem do enfermeiro como auxiliar do médico teimava em manter-se inalterada, facto que foi verificado através da análise dos depoimentos.

A discrepância entre as funções desempenhadas e a imagem divulgada está bem patente quando se analisam os resultados de alguns estudos efectuados e se comparam com a evolução da profissão nos domínios técnico e cognitivo dos saberes.

Segundo Sales (2008) constata-se ainda a existência de estereótipos relativos à profissão em geral e às enfermeiras em particular, a imagem da profissão aparece assim associada a representações que a acompanham ao longo dos tempos, apesar da evidente evolução que a profissão teve nos últimos anos.

Concordando com a autora, estes estereótipos baseiam-se numa estrutura hierárquica existente entre médico/enfermeiro, que tem origem na história de enfermagem, no papel que lhe é atribuído, e no reforço de uma imagem tradicional da enfermeira veiculada pelos meios de comunicação social.

Ainda nos referindo ao poder da imagem estereotipada e geracional, Sales (2004) baseando-se na apreciação de LUSK (2000) sobre alguns anúncios publicitários pode encontrar frases que revelam a dependência da enfermeira em relação ao médico: *“The doctor’s choice”, “Doctor’s orders”, “The doctor was exactly right about these”, “Doctor, let me do that for you”*. A enfermeira aparece numa situação de inferioridade relativamente ao médico, estando presente para cumprir ordens, elogiar ou ajudar. Segundo Sales (2004,p.40), Luck conclui que *“o facto de as enfermeiras serem representadas sorrindo e sem usarem óculos implica que as mesmas adoptam uma atitude de conciliação e não de autonomia, parecendo atractivas em vez de instruídas”*.

Quando falamos em autonomia profissional, não podemos deixar de mencionar Freidson, autor que centra a sua análise na natureza das ocupações e das profissões em particular. Para este autor a profissão é um tipo de organização ocupacional no qual prospera um certo esquema mental, e que, em virtude do seu papel dominante na sociedade, é capaz de transformar, senão criar, a essência do próprio trabalho (Freidson, 1970).

Freidson (1986) argumenta que só as profissões dominantes, as que podem definir e controlar os termos do seu trabalho, bem como as estruturas de divisão do mesmo, influenciando outros grupos profissionais da sua área de actividade, atingem uma perfeita autonomia funcional.

É importante reflectir que embora sendo o EESMO autónomo na assistência ao parto eutócico, este poderá ser sempre reconhecido como dependente no meio hospitalar. No entanto, a nossa reflexão passa mais uma vez por dar visibilidade aos cuidados do EESMO, afirmando-se estes como profissionais que embora inseridos numa equipa, possuem funções específicas que não apenas “auxiliar o médico” mas fundamentalmente “auxiliar o utente no seu projecto de saúde e transição perante as várias etapas do ciclo de vida”, mostrando a sua autonomia no acto de cuidar.

- **(In)visibilidade das intervenções do enfermeiro**

Apesar da enfermagem ter conquistado um patamar importante dentro da comunidade académica e de profundas alterações curriculares lhe terem sido atribuídas na procura do reconhecimento e visibilidade social, parece-nos através da análise das entrevistas, que cuidados de maior “grandiosidade” para a

comunidade, não lhe estão associados como cuidados autónomos, sendo apenas os cuidados de menor complexidade objecto da sua intervenção. Como podemos constatar, as actividades que dizem respeito à amamentação e cuidados de higiene é que foram claramente identificadas como sendo cuidados de enfermagem, e apenas uma das utentes identificou a enfermeira como fundamental no trabalho de parto e parto, reconhecendo as competências inerentes à sua especialidade:

*Quando a bebé foi à mama, a enfermeira ajudou-me e explicou-me como devia me lavar por baixo. (E1)*

*A enfermeira meteu a bebé na minha mama. (E3)*

*Dei de mamar na sala de partos, acho que foi a enfermeira que me pôs o bebé (E5)*

*Na sala de partos a enfermeira preparou a epidural, o material para a médica, e foi a mesma enfermeira que me acompanhou sempre, foi ela que me examinou (...). Fez-me o toque, quando eu começava a sentir pressão. Até foi ela que me fez o parto e depois me rebentou as águas (...) a nível de extracção foi a enfermeira, era uma enfermeira parteira, isso eu não sabia mas se foi ela que extraiu o bebé só podia ser parteira. No trabalho de parto a enfermeira foi fundamental. (E7)*

A enfermagem tem vindo a assumir ao longo da sua história um papel preponderante em múltiplos domínios de intervenção na área da saúde. Tem procurado responder aos desafios de partilhar experiências que possam de algum modo contribuir para afirmar a identidade específica e o desempenho da profissão.

A identidade é formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam, sendo reafirmada ao longo do tempo, de modo que sua unidade permanece sempre incompleta (Hall, 2000). Os cuidados prestados são assim representados e contribuem para a formação da identidade profissional, o reconhecimento e visibilidade social.

De facto, assumindo um lugar cada vez mais distinto, a enfermagem tem-se afirmado como uma profissão em rápida mudança acompanhando a evolução científica e tecnológica, no entanto ainda profundamente enraizada aos estereótipos que lhe constituem.

Para Lopes (2001), os profissionais de enfermagem tendem a afirmar a separação formal dos grupos profissionais que lhes estão subordinados, como os auxiliares de acção médica, dando grande importância às funções e saberes que formal ou informalmente, são partilhados entre enfermeiros e médicos.

Segundo esta autora, e nesta perspectiva, a delegação de trabalho "desqualificado" da enfermagem para grupos profissionais que lhes estão subordinados revela-se como uma das estratégias centrais, ao mesmo tempo que lhes permite uma maior especialização do seu campo de exercício e uma maior visibilidade social dos seus saberes especializados, como também lhes permite gerar grupos sobre os quais exercem autoridade técnica e social.

Concordamos com Lopes, no entanto parece-nos que esta delegação é somente reconhecida pelos membros da equipa de saúde e não pela sociedade em geral. Não basta delegar para obter reconhecimento, é necessário mostrarem-se enquanto enfermeiros, informarem a sociedade acerca das suas funções, informá-la do que pode esperar destes enquanto grupo profissional. Importa falar em marketing na enfermagem, pois uma profissão só é reconhecida quando considerada imprescindível.

A valorização das actividades técnico-instrumentais em relação a outras áreas de trabalho, tendo na sua base o saber fazer tem tanto para o enfermeiro como para a sociedade um maior reconhecimento e visibilidade. No entanto, para os enfermeiros, o cerne das competências profissionais são os cuidados de enfermagem, que do ponto de vista teórico (Hesbeen, 2000), são caracterizados pela subtileza e espontaneidade, ou seja numa "imensidão de pequenas coisas". No seu desenvolvimento estabelece-se uma relação terapêutica, na qual o enfermeiro acciona os recursos disponíveis para prestar uma atenção particular a um indivíduo / grupo, ou seja, indo ao encontro das suas necessidades.

*"Quando se atingem os limites de intervenções dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem - estar para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Porque os cuidados de Enfermagem são assim (...) uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia." (Hesbeen, 2000,p.47)*

Esta imensidão de pequenas coisas, mas de grande atenção ao ser cuidado, pode levar a diminuir a distância social. Como efeito, diminui o poder da profissão, incapaz de incutir nos consumidores a noção de que os cuidados de enfermagem são imprescindíveis e fundamentados num conhecimento esotérico

que transcende o senso comum. E tal como Freidson (1986) defende, as profissões são tanto mais valorizadas quanto mais o conhecimento em que se sustentam for percebido como esotérico e inatingível pelos leigos, traduzindo-se numa maior visibilidade e reconhecimento enquanto grupo socioprofissional.

Quer seja em grandes hospitais como em pequenos hospitais, a autonomia em enfermagem é travada por limitações colocadas aos enfermeiros pelos médicos, mas também pela falta de identificação dos profissionais e afirmação dos seus saberes, a quem não é reconhecida a maioria dos cuidados de maior complexidade.

As representações em torno da profissão de enfermagem não acompanharam o seu real progresso académico, traduzindo-se numa “fraca” visibilidade dos cuidados autónomos e das competências enquanto especialização de enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

#### 3.3.4- Conotação actual do termo *parteira*

O termo "Parteira" é reconhecido em todo o mundo, e é assim, que a legislação comunitária se refere em todos os seus documentos. Todos os Estados membros têm uma designação específica e em Portugal é designada como "Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica", conforme disposto no Anexo I do Dec.Lei n° 333/87 de 1 de Outubro, p.3703.

Ao situarmos a parteira num contexto socioprofissional não podemos deixar de mencionar a importância da identidade como factor crucial na representação de determinada profissão. Para Berger e Luckmann (1985), a identidade configura-se como um elemento chave da subjectividade e da sociedade, formando-se e sendo remodelada através dos processos e relações sociais. As identidades são singulares ao sujeito e produzidas a partir de interacções do indivíduo, da consciência e da estrutura social na qual este está inserido, sendo “a identidade um fenómeno que deriva da dialéctica entre um indivíduo e a sociedade”.

A identidade pessoal e a identidade construída colectivamente são essenciais para definir a identidade profissional do indivíduo. A esse respeito Pimenta (1997,p.19) salienta que a identidade profissional “ (...) *se constrói a partir da significação social da profissão (...)*” e constrói-se também, pelo significado que cada um, enquanto actor e autor confere à sua actividade, através

da sua capacidade de se situar no mundo, da sua história de vida, das suas representações, dos seus saberes, das suas angústias e anseios.

A identidade profissional não deve ser confundida com a identidade social, mas ambas mantêm uma relação muito estreita, pois a imagem pode ser percebida segundo Martins (1998) como uma capacidade de influenciar, de estimular e de seduzir, procurando induzir a vontade, a motivação e o comportamento de quem a percebe.

**Tabela 5: Conotação actual do termo parteira**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Conotação actual do termo parteira	<ul style="list-style-type: none"><li>• Positiva</li><li>• Negativa</li></ul>

- **Positiva:**

Se a denominação “parteira” tem a vantagem de chamar atenção para a especificidade, ou seja, o trabalho desempenhado por mulheres na assistência ao parto, em contraposição aos médicos ou às médicas, traz no entanto, o problema de sugerir homogeneidade numa realidade bastante heterogénea. Ao reflectirmos na assistência humanizada ao trabalho de parto e parto verificamos a enorme importância de respeitar as dimensões fisiológicas, psicológicas, emocionais, familiares e sociais do nascimento, compreendendo a mulher nas suas diferenças e na sua individualidade, como é observável nos seguintes indicadores, quando solicitada às entrevistadas a associação livre de ideias acerca do termo parteira:

*Aquela que faz o parto, simpática, amiga, ajudou no parto, esteve sempre ao meu lado e isso é bom. (E2)*  
*(...) só coisas boas, transporte para a felicidade, alívio, sabedoria, nascer, vida. (E7)*

De acordo com o ICM a parteira é reconhecida, após obter as qualificações académicas exigidas para o exercício legal da actividade, pela entidade reguladora do seu país como o profissional responsável, autónomo, que trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, no sentido de alcançar

bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. Isto significa que a Parteira promove o auto-cuidado na assistência à adolescente e à mulher antes, durante e após a gravidez efectuando a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumindo a responsabilidade pela condução do trabalho de parto, do parto e dos cuidados ao recém-nascido e lactente nas situações de baixo risco.

A actividade da parteira deve incluir a educação para a saúde ante, pré e pós-natal, a preparação para o parto e a parentalidade, abrangendo a saúde sexual e reprodutiva. A prática clínica da Parteira caracteriza-se pela intervenção própria na gestão de cuidados de Saúde à Mulher no seio da Família, pelo foco na promoção da saúde e prevenção da doença, considerando a gravidez como um acontecimento natural na vida da Mulher.

Como podemos constatar pelo depoimento destas duas entrevistadas o termo parteira tem para estas uma conotação positiva, sendo representada como uma profissional que para além da competência técnica implícita na sua especialidade de assistência ao trabalho de parto e parto, possui competências relacionais demonstrada nas expressões “amiga”, “esteve sempre ao meu lado”, “felicidade”, produzindo uma imagem positiva nos utentes que cuida.

- **Negativa:**

Ao aplicamos a técnica associação livre de ideias, constatamos que as mulheres tinham dificuldades em responder com palavras soltas sobre a palavra-estímulo solicitada, uma vez que respondiam com grandes frases quanto à palavra solicitada; e ainda, que essa palavra inicialmente deixava-as em silêncio ou pensativas por alguns instantes.

Como podemos inferir da análise das entrevistas a maioria das entrevistadas atribuiu ao termo parteira uma conotação negativa, baseada muito em mitos e histórias que ouvem, mesmo sem conhecer especificamente o que é a parteira, ou o que é a especialização em saúde materna e obstétrica, este termo é entendido como algo pejorativo e assustador:

*(...) antigo, antiguidade, sangue frio, casa, senhoras que vão a casa e péssimas condições é isso que me faz lembrar a parteira. (E3)*

*A palavra parteira assusta-me, experiência, mas mesmo assim assusta-me, associo a uma pessoa de idade e por isso experiência, mas não sei...assusta-me mesmo, daquelas mais severas, por histórias que contam das parteiras, ...a parteira, a parteira...é pesada essa palavra. (E4)*

*(...) quando se nascia em casa havia aquelas parteiras das aldeias quando não havia médicos, mas agora são os médicos, agora não se justifica porque a medicina está muito desenvolvida. (E6)*

Sendo os mitos conceitos extremamente simples na sua formulação, têm entretanto, uma enorme capacidade explicativa, difícil de ser alterada por outras formas de argumentação. Estes foram responsáveis pela queda do prestígio da parteira e pela imagem negativa a ela associada. A passagem do parto no domicílio para o parto hospitalar, a visão do parto como algo anti-fisiológico e patológico, com a respectiva medicalização, foram também factores que contribuíram para a conotação pejorativa da parteira na actualidade.

No tocante à questão da estruturação da profissão, no decorrer do século XIX as parteiras estavam mais ocupadas com suas práticas e com suas parturientes do que em estabelecer um corpo de conhecimento ou uma organização profissional. Assim, foram gradualmente sendo destituídas da prática dos partos.

Segundo Barreto (2007), a eloquência dos médicos na desqualificação das parteiras, caracterizadas como mulheres ignorantes e cheias de credices, cuja actividade punha em risco a vida da mulher e do bebé - ajudou os cirurgiões-parteiros na sedimentação e legitimação da própria profissão, rompendo, assim, a longa preponderância da autoridade das parteiras no que se refere ao acto do nascimento.

Nos anos 70 e 80 do século XX, a história das mulheres e, em especial, as análises feministas, ao tratarem da assistência ao parto, questionaram a imagem das parteiras, apresentadas como mulheres sujas, supersticiosas e de pouco ou nenhum saber. Tal discurso pejorativo foi elaborado pelos médicos e cirurgiões, no processo de afirmação da obstetrícia, respaldados nos conhecimentos da anatomia e da fisiologia, o que condicionou a sua imagem na sociedade (Barreto, 2007).

Segundo Osawa, Riesco e Tsunehiro (2006) a disputa pela hegemonia no campo da assistência ao parto foi marcada por dois episódios envolvendo parteiras, com grande repercussão nos actuais modelos ocidentais de atenção ao parto. Um deles, ocorrido na Inglaterra, culminou com a incorporação do trabalho delas ao sistema de saúde oficial: a aprovação da lei das parteiras, o “*Midwives’ Act*”, de 1902. O outro, nos Estados Unidos da América, conduziu à transformação do trabalho de parteiras em prática fora da lei, com base na estratégia de responsabilizá-las pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal do início do século XX sendo conhecido como “*midwife problem*”.

Nos Estados Unidos, as mulheres começaram a procurar os serviços de um médico na gestação e parto. A emergente profissão médica norte-americana,

fundada em bases classistas - uma profissão masculina, branca e de classe média - deu continuidade, ao longo da metade inicial do século XIX, à luta contra o que se convencionou chamar de "charlatanismo", cujas raízes assentam-se nos séculos precedentes. Um dos alvos desta campanha foi a parteira tradicional norte-americana, circunscrita no que ficou conhecido como "midwife problem" : a elas se atribuía a maior responsabilidade pelas elevadas taxas de mortalidade materna e infantil - cerca de um oitavo das crianças nascidas nos Estados Unidos no início do século, morriam nos primeiros meses de vida, boa parte entre a clientela da parteira tradicional. (Osawa, Riesco e Tsunehiro, 2006)

Segundo estes mesmos autores, nos Estados Unidos, a ciência foi mais importante para o estabelecimento da medicina como profissão do que na Inglaterra, tendo sido utilizada para cimentar as grandes escolas médicas. Para além de ser um marco para a divisão de sexos, a ciência foi fundamental para os praticantes do sexo masculino conseguirem ultrapassar os obstáculos relacionados com a assistência ao trabalho de parto. A patologização da gravidez tem um papel de destaque para a entrada de parteiros homens no mercado do parto. O parto científico realizado pelos profissionais médicos, sublinhava a importância da 'segurança' de partos realizados por homens ao invés de parteiras, mulheres.

Uma das entrevistadas embora não possuindo uma representação negativa em relação à imagem da parteira, revelou um certo desconhecimento, como podemos constatar na seguinte expressão:

*Já ouvi falar nas parteiras mas não sei o que é em concreto, acho que fazem os partos, não sei. (E5)*

A OMS reconhece o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia como o profissional mais habilitado para assistir ao trabalho de parto e parto eutócico, no entanto, o choque de competências partilhadas pela classe médica e de enfermagem faz com que a primeira assumo controlo a nível hospitalar da assistência ao trabalho de parto e nascimento. É do conhecimento por parte de peritos e profissionais de saúde dos benefícios e ganhos em saúde que se podem alcançar através do contributo da Enfermagem, se lhe for dada a oportunidade de prestar cuidados num *continuum* ao longo do percurso de vida de cada indivíduo, tal como se encontra na legislação.

No entanto, como podemos inferir através da análise das entrevistas, tradicionalmente o termo Parteira associa-se a pessoas, profissionais ou não, que ajudam e acompanham a mulher antes, durante e depois do parto, sendo muitas

vezes no nosso país um termo utilizado de forma depreciativa para mencionar profissionais com níveis inferiores de formação ou com práticas pouco seguras.



## CONCLUSÕES

As conclusões aqui apresentadas resultam da interpretação de uma realidade específica. Embora não seja pretensão dos estudos qualitativos a extrapolação dos resultados para o âmbito geral, pode-se, contudo, inferir quais os pontos mais relevantes deste estudo.

Através desta investigação procuramos conhecer as representações das mulheres sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no trabalho de parto e nascimento, tentando obter respostas às questões de investigação, que aqui se relembram: *-Quais as representações das mulheres acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e nascimento?;-Que visibilidade social tem o EESMO na óptica das mulheres?*

Analisados os dados dos instrumentos aplicados, resta-nos retirar as conclusões possíveis, não esquecendo que as mesmas não poderão ser generalizadas. Evidentemente, que este estudo de âmbito limitado, não pretende apresentar análises definitivas no campo das representações sociais do EESMO, mas antes assumir-se como motivação para novas pesquisas neste domínio.

A análise de conteúdo realizada aos depoimentos das participantes, permitiu compreender a amplitude real da situação em estudo e conhecer a sua estrutura essencial. Foi da reflexão realizada, que emergiram quatro categorias:

- *Expectativas sobre o trabalho de parto e nascimento;*
- *Diluição de papéis profissionais durante o trabalho de parto;*
- *Percepção das competências do EESMO;*
- *Conotação do termo parteira.*

Em relação à primeira categoria mencionada, verificamos que sendo o nascimento uma etapa de suposta felicidade, esta é vivida com grande ansiedade e expectativa por parte da mulher e família. Para a maioria das inquiridas, este momento é vivenciado com angústia e temor, levando-nos a reflectir no papel fundamental do EESMO na redução do medo experimentado, por algo na maior

parte das vezes não vivenciado. A complexificação do parto, é um dado referenciado por algumas das entrevistadas, o que nos leva a inferir que o reforço da ideia de parto como evento repleto de riscos e sofrimento por parte da comunicação social e por alguns profissionais de saúde, nomeadamente a classe médica, defensora de um parto medicalizado, se traduz numa diminuição da importância do EESMO como defensor da restituição do protagonismo da mulher durante o trabalho de parto.

Estas expectativas das mulheres podem ser entendidas como o reflexo da pouca visibilidade das intervenções do EESMO, o qual está completamente habilitado para ser autónomo, no decurso de um parto fisiológico, consciente, natural e respeitador da condição de mulher como ser apto para “dar à luz”.

O EESMO trabalha no seio de uma equipa multidisciplinar, e nesse sentido, com base na análise das entrevistas emergiu a categoria- diluição dos papéis profissionais no trabalho de parto. Pode-se constatar que para a maioria das inquiridas havia indefinição dos agentes prestadores de cuidados, tendo na maior parte das vezes confundido a actuação dos profissionais, não clarificação das funções de cada um, no serviço em questão. As utentes sentiam-se satisfeitas com os cuidados recebidos mas não os atribuíam correctamente aos profissionais. Os códigos de identificação pessoal não eram claros o que levou à representação do parto como um acto médico. A falta de identificação dos profissionais, leva a que as funções do EESMO sejam reconhecidas com funções médicas, não lhe sendo atribuídas enquanto actividades autónomas e legítimas.

Foi importante neste estudo compreender a percepção das competências do EESMO tendo por base as representações das utentes acerca das suas intervenções, verificando-se um desconhecimento desta especialização no âmbito da enfermagem, motivada pela ideia de subordinação ao poder médico, sendo notório o papel do EESMO não como profissional autónomo, mas dependente de um poder hierarquizado, revelando a in(visibilidade) das suas intervenções.

Recorrendo à técnica da associação livre de ideias concluímos que o termo parteira tem para a maioria das entrevistadas uma conotação negativa, correspondendo a uma imagem social claramente desfavorável. A ela estão profundamente enraizados os mitos e as crenças produzidos em torno da maternidade. Estes mitos e crenças podem subjugar o papel do EESMO e enaltecer o papel do profissional médico, como profissional mais habilitado na assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Este estudo permite-nos caracterizar as opiniões de mulheres sobre a intervenção do EESMO, procurando conhecer a visibilidade social da especialidade,

nesta realidade concreta, não nos permitindo estender para além dos muros da instituição os resultados obtidos. Ou seja, face aos limites deste estudo que assenta numa amostra por conveniência e não uma amostra aleatória, somos impedidos de fazer generalizações, deixando, no entanto, a sugestão de o alargar, estendendo-o à população de outras instituições.

Os EESMO são profissionais mundialmente reconhecidos como autónomos na assistência ao trabalho de parto, assim, mais do que procurar a sua identidade profissional, estes profissionais devem, segundo Queirós (2001), concentrar-se sobre as formas como os seus saberes se podem actualizar e sobre as condições essenciais para se desenvolver. Devem procurar estratégias que possam contribuir para que se demonstre a importância da especialidade, no âmbito dos desafios que se colocam, respondendo às necessidades das parturientes, na actualidade e no futuro.

Dar visibilidade à profissão significa afirmar o saber e assumir em pleno as competências. É necessário reflectir sobre os significados e processos que no pensamento, acção e condições sociais possibilitam ao EESMO, interpretar e analisar, o uso que faz da sua autonomia profissional na dinâmica da sua intervenção.

A principal atitude, e talvez a mais desafiadora, é construir uma especialidade mais actuante, com o compromisso social necessário para conquistar esferas de decisão, possibilitando espaços que dêem visibilidade à profissão, garantindo assim a oportunidade de novas margens à imagem da enfermagem, nomeadamente da enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, perante a sociedade.

É necessário entender o que os utentes esperam do EESMO, e mostrar-lhes o que podem esperar deste enquanto profissional responsável e competente no sentido de adequar as suas capacidades relacionais, técnicas e científicas. É imperioso que os trabalhos realizados no âmbito da especialidade e todos os progressos que são conseguidos através da Enfermagem na área da saúde, sejam publicados e divulgados, não só na comunidade científica mas também na comunidade em geral. Não se trata de fazer propaganda, mas sim de distribuir amostras do conhecimento de Enfermagem e de cada profissional para que a sociedade fique esclarecida, atenta e interessada nos cuidados que a profissão disponibiliza.

Ribeiro et al (2006) afirmam que o trabalho da enfermagem está localizado na interface de outros trabalhos na área da saúde e possui caracteres que mais ou menos o identificam, bem como a seus trabalhadores, destacando-se a forma

como os seus saberes são constituídos, os seus interesses, os seus instrumentos e objectos de trabalho e as suas formas de organização (Gomes e Oliveira, 2005). Isto torna imperioso afirmar o saber no sentido de promover a autonomia profissional e ao mesmo tempo garantir uma contribuição mais pertinente no domínio da colaboração com os outros profissionais de saúde, para que o profissional possa ser entendido como elemento fundamental no seio da equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, agindo num contexto de modificação dos modelos de desenvolvimento profissional, devem reflectir sobre a sua autonomia enquanto enfermeiros especialistas, aprofundando e afirmando a importância do seu papel na vigilância da gravidez, tendo em conta as suas competências e o seu reconhecimento enquanto profissionais de saúde nesta área.

De acordo com Graveto (2005) baseado em Perrenoud, o desenvolvimento da autonomia afirma-se quando já se é capaz de fazer e negociar escolhas, isto é, quando já se adoptam comportamentos de segurança, revelando consciência e conhecimento profissional. A autonomia exige competências, mas não se limita a estas, porque ninguém se torna autónomo se não o desejar (Graveto, 2005).

Resumindo, subscrevemos a opinião do autor supracitado, que para se adquirir uma identidade e neste caso específico, competências identitárias, em relação à profissão de enfermagem, é necessário que se saiba perceber e ter consciência entre aquilo que «se foi» e o que «se é» durante todas as alterações que são produzidas ao longo dos tempos. Daqui deriva uma das características fundamentais de uma profissão e que vai fundamentar o seu poder no mercado de trabalho: a autonomia técnica sobre o controlo da natureza e da execução do trabalho.

A propósito do trabalho dos enfermeiros, Freidson (1970), no seu estudo acerca da profissão médica, refere que este não se resume a um conjunto de tarefas executadas. Para o autor, os enfermeiros apenas teriam a possibilidade de sair da alçada médica fora do hospital, em áreas exteriores à prestação de cuidados. No entanto, tal como nas restantes profissões paramédicas, correria o risco de se colocar de novo sob o controlo da medicina, pelo facto de concorrer no mesmo campo da saúde.

Concordamos com Friedson, no entanto não nos podemos resignar, e dar como dado adquirido e inabalável o poder instituído. Tal como Freidson (1986) observou, a propósito da profissão médica, o poder profissional inicia-se quando os utentes não encontram resposta às suas preocupações de saúde junto daqueles

que lhe dão suporte e aconselhamento no círculo pessoal e entram num mundo organizado e gerido por pessoal médico, no qual é dominante um julgamento e compreensão profissional.

Para a conquista plena do reconhecimento e valorização do EESMO, por parte dos utentes e sobretudo o reconhecimento dos cuidados de enfermagem, pensamos que os enfermeiros terão que reflectir sobre o seu desempenho e desenvolver estratégias de mudança que tornem os seus cuidados como imprescindíveis e insubstituíveis, fundamentando assim a autonomia e identidade profissional pretendida.

Relativamente à profissão de enfermagem Barbieri (1997,p.22) refere que *“ Só possuindo uma concepção clara e precisa pode o enfermeiro projectar uma imagem positiva, quer na sociedade, quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio”*.

No entanto, pensamos que a dificuldade da imagem socioprofissional do enfermeiro em obter visibilidade deve-se por um lado à resignação dos enfermeiros e, por outro, à sobrevalorização de outras profissões que transportam a Enfermagem para um plano secundário. Existe por parte dos utentes a crença acerca dos médicos de que estes são capazes de resolver todos os problemas de saúde, detendo um conhecimento esotérico e inquestionável (Friedson,1986).

O desconhecimento acerca da especialidade de enfermagem em saúde materna e obstétrica, bem como a imagem do profissional subordinada ao poder médico, dificulta a afirmação do EESMO como profissional em pleno direito na assistência à parturiente .

O conceito de poder trabalhado por Michel Foucault (1989) define-se, como um conjunto disperso, que através de um controlo incessante se faz valer de práticas discursivas em que os sujeitos se submetem como efeito desse poder. Para este autor, este poder está directamente ligado às ciências humanas, assumindo estas uma posição privilegiada, sendo os médicos os detentores do saber no campo das ciências humanas e representantes do poder sobre a sociedade.

Esta centralização do poder e a sua tão forte presença leva a que o reconhecimento social da produção de saberes em enfermagem não tenha sido uma tarefa fácil e segundo Amendoeira (2004), constitui-se numa das dimensões que permitem compreender como têm sido construídas as identidade(s) sociais, no que Lopes (2001) considera acontecer com particular evidência na deslocação que

se opera na referência central do trabalho de enfermagem, sobrepondo-se a relação com o doente à centralidade até então conferida à relação com o médico.

A realização de uma intervenção autónoma pressupõe um diagnóstico de enfermagem com o objectivo de obter um determinado resultado. Esse resultado é caracterizado por ser independente, baseado em decisões profissionais do enfermeiro, geridas por este e fundamentado em conhecimentos de enfermagem. (Costa et al, 2004). É necessário cada vez mais reflectirmos nas intervenções autónomas da profissão, e de que maneira as podemos promover no sentido de aumentar a visibilidade e reconhecimento socioprofissional.

E de acordo com o que refere Santos Carmo (1981,p.164) também citado por Amendoeira (2004), *“...se não formos capazes de nos situarmos no presente, mas com os olhos postos no futuro estaremos a dar razão aos que, porventura, possam ainda olhar com cepticismo a ascensão da enfermagem à categoria de parceiro de pleno direito entre as demais profissões de saúde, ultrapassando definitivamente o estatuto de grupo de subordinados às ordens de outros”*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia- *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau/Educa, 2001.
- ABRIC, J.C. - *L'organization interne des représentations sociales: système central et système périphérique*. In: C. Guelfo (Org.). *Struture et transformations des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Nestlié, 1994.
- ABRIC, J.C.- *Práticas sociais y representaciones*. Ciudad de México (MX): Ediciones Coyoacán, 2001.
- AMENDOEIRA, José - Enfermagem em Portugal. Contextos, actores e saberes. *Enfermagem*. Lisboa, 2004, Vol. 2, nº 35-36.
- AMENDOEIRA, José - *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1950-2003 um contributo sócio - histórico*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Julho 2004. Tese de Doutoramento.
- AMENDOEIRA, José - *Uma Biografia partilhada da Enfermagem. A segunda metade do Século XX*. Coimbra: Formasau, 2006.
- BARBIERI, Maria do Céu Aguiar - Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 10 (Jan. 1997), p. 19-22.
- BARCELOS, M. O. S. F. - *Representação Social da Consulta de Enfermagem*. Funchal: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2005. Dissertação de Mestrado.
- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977
- BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. 3a Edição, Lisboa: Edições 70, LDA, 2004.
- BARRETO, Maria Renilda - A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Niterói*. v. 7, n. 2, p. 217-234.
- BELL, Judith - *Como realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T.- *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BLIN, Jean François - *Les représentations professionnelles: un outil d'analyse du travail*. Education Permanente, nº132, 1997.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari - *Investigação qualitativa em Educação*. Porto: Porto editora, 1994.
- CANÁRIO, Rui - Adultos: da escolarização à educação. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Coimbra, 2001, Ano 35, nº 1, p. 85-99.

- CARAPINHEIRO, Graça - *Saberes e Poderes no hospital*. Porto: Afrotamento, 1993.
- CARAPINHEIRO, Graça - Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1991, nº1, p.27-41.
- CARNEIRO, Marinha - Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX. *Revista da Faculdade de Letras - HISTÓRIA*. Porto,2007, III Série, vol. 8, p. 317-354.
- CASTANHA, Maria de Loures - A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2004.Dissertação de Mestrado.
- CASTANHA, Maria de Loures; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. - A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005, vol.58, n.5, p. 556-562.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela M. - *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.
- CARON, O.A.F; SILVA, I.A. - Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto v.10 n.4 (jul. /Ago. 2002).
- COLLIERE, Marie Françoise - *Promover a vida*. 3ªedição. Lisboa: Lidel, 1999.
- COMUNIDADE ECONÓMICA EUROPEIA, Directiva 80/155/CEE. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, nº L 33/8 (21-01-1980) - Coordenação das disposições legislativas, regulamentadas e administrativas relativas ao acesso às actividades de parteira e ao seu exercício.
- COSTA, R; FIGUEIREDO, B; PACHECO, A.PAIS, A.- *Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação*. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho Psicologia, Saúde & Doenças, 2003, 4 (1), p.47-67.
- COSTA, J.; MELO, A. - . *Dicionário da língua portuguesa*.8.ª edição. Porto: Porto Editora, 1999.
- DUBAR, Claude - *A Socialização - Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997.
- ESCOBAR, Lucília. - *O Sexo das Profissões. Género e Identidade socioprofissional em Enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento, 2004.
- FISCHER, Gustave-Nicolas - *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
- FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. - Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,Jan. 2008, nº24, p.17-27.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa:Lusodidacta,2009.
- FOUCAULT, Michel - *Microfísica do Poder*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
- FREIDSON, E. - *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones 62,1970.
- FREIDSON, E. - *Professional Power. A study of the Institutionalisation of Formal Knowledge*. Londres: The University of Chicago Press, 1986.
- GALHARDO, Rosa Maria dos Santos Moreira - *Do fazer ao pensar: Que autonomia? Dinâmica das práticas dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Porto: Universidade do Porto, 2004. Tese de Mestrado.
- GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. - A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha] Ribeirão Preto, Nov. / Dez. 2005 Vol. 13, n.6, p.1011-1018. [Consultado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>>
- HALL, S,. - *A identidade cultural na Pós-modernidade*. 4ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
  - HESBEEN, Walter - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.
  - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES COUNCIL MEETING-[Em linha]. Brisbane, Austrália 19th July, 2005. [Consultado a 3 de Janeiro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.internacionalmidwives.org>>
  - LANE, S. - *O que é psicologia social*. 5ª.ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
  - LEOPARDI, M.T. - *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.
  - LESSARD, M.; GOYETTE, H.B.; BOUTIN, G. - *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
  - LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. - *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan., 2001.
  - LOPES, Noémia - *Recomposição profissional da enfermagem - Estudo Sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto, 2001.
  - LOPES, R.C.S; DONELLI, T.S; LIMA C.M; PICCININI, C.A. - O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Universidade Federal do Rio Grande do Sul Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005, nº18, p.247-254.
  - MARTINS, Maria M. A. - *O Poder da Imagem das Organizações Empresariais*. Lisboa: Instituto de Ciências do Trabalho e Empresa, 1998. Tese de Mestrado.
  - MOGONE, J. A. - *De alunas a professoras: analisando o processo da construção inicial da docência*. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, 2001. Tese de Mestrado.
  - MOSCOVICI, Serge - *La Psychanalyse, son image et son public*, Paris: PUF, 1961.
  - MOSCOVICI, S. - *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
  - MOSCOVICI, Serge - *The Phenomenon of Social Representations*. In R. Farr, & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
  - MOSCOVICI, S. - *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
  - NEVES, José Luís - *Pesquisa Qualitativa- Características, Usos e Possibilidades*. *Cadernos de Pesquisa em Administração*. [Em linha] São Paulo, Vol.1, nº3, 1996. [Consultado a 12 de Novembro de 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq./arquivos/pdf>>
  - NUNES, Lucília. - *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003.
  - OLIVEIRA, B.G.R.B. - *A construção da identidade profissional da enfermeira: o significado atribuído pelas alunas ingressantes na graduação*. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ, 1995. Tese de Mestrado.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. - *Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. Genebra: OMS, 1996.
  - OSAWA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. - *Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006 (Set-Out), nº 59, p. 699-702.

- PIMENTA, S. G.- *Formação de Professores - Saberes da Docência e Identidade do Professor*. Nuances, vol III, Presidente Prudente, 1997, p.05 - 14.
- QUEIRÓS, Ana Albuquerque - O Portefólio no contexto do projecto de desenvolvimento pessoal. *Referência*. Coimbra, Nov. de 2001,n.º 7, p. 62-65.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHAUDT, Luc Van - *Manual de investigação de ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHAUDT, Luc Van - *Manual de investigação de ciências sociais*. 5a Edição. Lisboa: Gradiva, 2008.
- REGULAMENTO N.º 127/2011.D. R., IIª Série.N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011),p.8662-8666
- RIBEIRO, Luís Pais - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*.1ª Edição.Coimbra: Climepsi Editores, 1999.
- SÁ, Celso. - *Representações Sociais: O conceito e o estado actual da teoria*. Lisboa: ISCTE, 1992.
- SALES, Ana Sofia Gonçalves - *Representação Social da Imagem do Enfermeiro*.Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Tese de Mestrado.
- SANTOS, Clara - A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional - da identidade pessoal à identidade social. *Interacções*. 2005,nº 8, p. 123-144.
- SANTOS, M. N. P. - *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares Estudo de Caso*. Porto: Universidade do Porto, 2009.Tese de Mestrado.
- SAVOIE-ZAIC, L. - *A entrevista semi-dirigida*. In Gauthier, B., *Investigação Social: da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência, 2003.
- SILVA, Ana Maria Costa - *Formação percursos e identidades*, Coimbra: Quarteto Editora, 2003.
- SOUSA, Maria Manuela Barreiros - *Formação e identidade profissional*. Amadora: IFE, 2005.
- STREUBERT, H. J. CARPENTER, D. R. - *Investigação qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência, 2002.
- TAJFEL, Henry - *Grupos Humanos e Categorias Sociais*, Vol. I e II, Livros Horizonte, Lda., Lisboa, 1981-83.
- VALA, Jorge - *Análise de conteúdo*. In Silva, A. A & Pinto, J. M. - *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, 1999. p. 101-128.
- WOLFF, Leila Regina - *Representações Sociais de mulheres sobre a assistência no trabalho de parto e parto*. Rio de Janeiro: Universidade Federal, 2004. Tese de Doutoramento.
- ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca S. - *Enfermagem Obstétrica*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

## ANEXOS



## ANEXO I - Guião Da Entrevista



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**GUIÃO DE ENTREVISTA**

*“Representações Sociais das parturientes sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia: a visibilidade dos cuidados no contexto actual”*

*Rosa Sandra do Souto Carvalho e Castro*  
Porto, 18 de Dezembro de 2010

## **BLOCOS DE ENTREVISTA**

- 1- Legitimação da entrevista e motivação
- 2- Dados Socio-demográficos
- 4- Expectativas sobre o processo de Trabalho de Parto e Nascimento
- 5- Percepção sobre os cuidados recebidos durante o processo de Trabalho de Parto e Nascimento
- 6- Percepção das competências do EESMO durante o processo de Trabalho de Parto e Nascimento
- 7- Conotação do termo Parteira

Blocos da entrevista	Objectivos específicos	Tópicos a discutir/Exemplos de perguntas	Observações
1- Legitimação da entrevista e motivação	Legitimar a necessidade da entrevista e motivar o entrevistado para a mesma, estabelecendo empatia entre as partes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar, em linhas muito gerais, os objectivos do estudo. Devem evitar-se referências a variáveis específicas, de modo a não provocar o enviesamento de respostas nos blocos seguintes</li> <li>- Explicar, em linhas gerais, qual vai ser o decurso da entrevista;</li> <li>- Assegurar a confidencialidade dos dados recolhidos em entrevista</li> </ul>	<p>Tempo médio: 5 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os objectivos da entrevista de um modo breve, preciso, claro e empático</li> <li>- Dar resposta, seguindo os mesmos critérios, a todas as dúvidas colocadas pelo entrevistado</li> </ul>
2- Dados Socio-demográficos	Caracterizar a amostra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Escolaridade</li> <li>- Profissão</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Paridade</li> </ul>	Tempo médio: 2 minutos
3- Expectativas sobre o processo de TP e Nascimento	Recolher dados indicativos sobre as expectativas que a utente tinha acerca do TP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolher as expectativas da utente relativamente ao TP</li> <li>- Recolher a opinião da utente sobre o modo como o processo decorreu, e sobre o impacto que teve.</li> </ul> <p>Exemplos:  Ex1: “Quais eram as suas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto?”  Ex2: “Como obtive (in)formação sobre o trabalho de parto?”</p>	<p>Tempo médio: 15 minutos</p> <p>Apesar da necessidade de cobrir os vários tópicos de um modo preciso e rigoroso, deixar a conversa fluir, evitando demasiadas questões directas.</p>

Blocos da entrevista	Objectivos específicos	Tópicos a discutir /Exemplos de perguntas	Observações
4- Percepção sobre os cuidados recebidos durante o processo de TP e Nascimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber a percepção da utente em relação aos cuidados de enfermagem obtidos</li> <li>- Conhecer a visibilidade de cuidados de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exemplos de perguntas:</li> <li>Ex1: “ Como foi a sua experiência na sala de partos?”</li> <li>Ex2: “Quais eram as suas expectativas em relação aos cuidados de enfermagem?”</li> <li>Ex3: “Teve durante o seu período de permanência na sala de partos assistência pela enfermeira parteira? Quais foram esses cuidados?”</li> <li>Ex4: “Quem foi o profissional de saúde que executou o parto? Como obteve essa informação?”</li> </ul>	Tempo médio: 15 minutos
5- Percepção das competências do EESMO durante o processo de TP e Nascimento	Identificar as funções do EESMO percebidas pela parturiente	<p>Exemplo de pergunta:</p> <p>Ex: “Para si, qual é o papel da parteira durante o trabalho de parto?”</p>	Tempo médio: 4 minutos
6- Conotação do termo Parteira	Recolher dados indicativos acerca da imagem social do EESMO através da técnica da associação livre de ideias.	<p>Exemplo de pergunta:</p> <p>Ex: “Quando ouve a palavra parteira, diga cinco palavras que imediatamente surjam na sua mente?”</p>	<p>Tempo médio: 1 minuto</p> <p>Apesar da necessidade de cobrir os vários tópicos de um modo preciso e rigoroso, deixar a conversa fluir, evitando demasiadas questões directas.</p>

ANEXO II - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração  
Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE



Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE

**Rosa Sandra do Souto Carvalho e Castro**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, a exercer funções no serviço de Obstetrícia do C.H.V.N.G, mestranda no 2.º ano do **Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem do Porto**, vem por este meio pedir a V. Exa. se digne autorizar a recolha de dados por meio de entrevista semi-estruturada em gravação áudio, a puerperas desta instituição.

Este pedido fundamenta-se no facto de que pretende elaborar uma investigação qualitativa no âmbito do seu mestrado, a qual visa estudar e aprofundar o tema **“Representação Social sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica: a visibilidade dos cuidados no contexto actual”**. Desta forma o estudo será elaborado por entrevistas realizadas a uma amostra previsível de 15 puérperas cujo parto teve lugar nesta instituição e durante o seu período de internamento. Os dados recolhidos terão carácter anónimo quanto à individualidade do sujeito entrevistado.

Desde já agradece toda a colaboração disponibilizada, na realização de mais um trabalho que visa, acima de tudo, a melhoria dos Cuidados de Saúde prestados ao indivíduo/família, reflectindo através da imagem socioprofissional, as práticas de enfermagem e a sua visibilidade em termos de cuidados para a população que dela usufrui, podendo contribuir para uma maior visibilidade dos cuidados desta instituição.

Pede Deferimento,

Porto, 18 de Dezembro de 2010

Rosa Sandra do Souto Carvalho e Castro



## ANEXO III - Declaração De Consentimento Livre e Informado



## CONSENTIMENTO INFORMADO

**TEMA:** Representação Social sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Esta investigação tem como objecto de estudo conhecer as representações sociais sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) no trabalho de parto e nascimento, a partir das mulheres. Pretende-se desta forma identificar a visibilidade de cuidados de enfermagem obstétricos, através das representações das mulheres acerca da actuação do EESMO. Tem como finalidade contribuir para a compreensão da imagem social do EESMO na óptica das mulheres. Os objectivos deste estudo são:

- Conhecer as representações sociais das mulheres sobre a assistência prestada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no trabalho de parto e parto;
- Compreender a imagem socioprofissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Estudo realizado por: Rosa Sandra do Souto Carvalho e Castro

- ✓ Reconheço que todos os procedimentos de investigação foram-me explicados e compreendo as vantagens da realização deste estudo.
- ✓ Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão.
- ✓ Foi-me assegurado que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, assim como me foi assegurado o anonimato.
- ✓ Compreendo que sou livre de a qualquer momento poder desistir do estudo, e que se tal acontecer, a qualidade dos cuidados de que posso beneficiar em nada será afectado.

Pelo presente documento, eu consinto em participar de livre vontade no estudo e autorizo a gravação das entrevistas.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_



## ANEXO IV - Apresentação do Estudo



## Guião de Entrevista

### Apresentação do Estudo

**Designação do Estudo:** “Representações Sociais das parturientes sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia: a visibilidade dos cuidados no contexto actual”.

Este estudo é desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e tem como principal objectivo conhecer a imagem socioprofissional da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Esta investigação torna-se necessária para reflectirmos sobre as práticas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, mais vulgarmente designado como parteiro(a). Pretendo com este estudo recolher informações que permitam prestar melhores cuidados às mulheres e famílias durante o processo de trabalho de parto e parto.

Para tal, necessito da sua colaboração e ficar-lhe-ia muito grata se pudesse dispensar alguns minutos para a realização de uma entrevista, sendo esta gravada em audio. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer altura. A confidencialidade das respostas é assegurada.

Para qualquer esclarecimento ou dúvida pode contactar-me: 937019019 ou [sacmic@portugalmail.pt](mailto:sacmic@portugalmail.pt).

A investigadora



ANEXO V - Autorização do Conselho de Administração Do Centro  
Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE para a Recolha de  
Dados





CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA ESPINHO

Exma. Sra. Enfermeira  
Rosa Sandra Souto Carvalho Castro  
Serviço de Obstetrícia  
Unidade II

N/Ref.:	Data:	V/Ref.:	Data:
141/2011	22-02-2011		18-12-2011

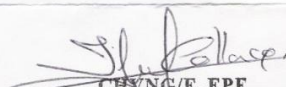
**Assunto:** Autorização para realização de recolha de dados

Em resposta ao V/ pedido, para recolha de dados junto de puérperas do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, no âmbito de um trabalho de investigação com o tema "Representação Social sobre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia: a visibilidade dos cuidados no contexto actual", temos a informar que **está devidamente autorizado**, por despacho da Sra. Enfermeira Directora em 21-02-2011.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF. 141/2011

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo de investigação.

Sem outro assunto de momento,

  
CHVNG/E, EPE  
Enf.ª Chefe Irene Collaço  
Serviço Formação, Ensino e Investigação  
N.º Mecanográfico: 1642

Vila Nova de Gaia, 10 de Março de 2011

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt  
Tel. + 351 22 786 51 00  
Fax + 351 22 7830209  
eMail geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros  
Registo Comercial n.º 508 142 156

