



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Rosto do Acolhimento no Bloco de Partos

Uma competência do EESMO

Apresentado a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Sílvia Cristina Gaspar de Castro

Orientação da Professora Helena Presado

LISBOA, Outubro de 2011

AGRADECIMENTOS

*Agradeço ao meu filho Salvador e ao meu Marido, terem estado tão perto de mim.
À minha família a compreensão por todo o tempo que estiveram privados da minha companhia.
Aos orientadores Enf.^a Maria Veríssimo e Enf.^o Mário Cardoso o acompanhamento efectuado durante o meu estágio no bloco de partos, através de demonstração de precioso apoio, colaboração, simpatia e paciência.*

Finalmente à Emx.^a Sr.^a Professora Helena Presado pela orientação e disponibilidade que demonstrou, tornando possível a realização deste relatório.

A todos, o meu Muito Obrigada!

RESUMO

A área da maternidade possui em si algo de mágico. A capacidade do ser humano poder gerar e criar outro novo ser dentro de si é algo fascinante, pela maravilha que é o nascimento de uma criança. (Canavarro, 2001). A visão sobre o parto e a maneira como é vivenciado são singulares. Desta forma, cada mulher deve ter um atendimento diferenciado.

O parto realizado em meio hospitalar corresponde a um período em que a mulher está longe do seu contexto familiar e social, sendo os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia os que estão mais próximos pela competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” Assim sendo, enquanto prestadores de cuidados têm por dever proporcionar à grávida e acompanhante todas as condições, de modo a oferecer um local em que sejam asseguradas as melhores circunstâncias psicológicas/afectivas, físicas e técnicas.

O relatório apresentado pretende dar a conhecer, as competências desenvolvidas no decorrer de um estágio com relatório realizado no bloco de partos do Hospital de Cascais, enquanto aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Objectivei analisar e reflectir sobre as práticas de enfermagem realizadas durante o processo de acolhimento à grávida/casal no bloco de partos, através da seguinte questão de partida: *“Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP?”*

A metodologia de trabalho utilizada foi descritiva, analítica e reflexiva ao longo do relatório com recurso a metodologia de revisão sistemática da literatura. Os dados foram colhidos por diários de campo, no período de dois meses do ano decorrente.

Constatou-se que houve satisfação com o acolhimento prestado pelos profissionais de saúde e pelas informações quanto aos procedimentos a que as grávidas seriam submetidas. Conclui-se que as interacções pessoais são essenciais para auxiliar profissionais e clientes a percorrerem a experiência do acolhimento ao nível hospitalar.

Palavras-chave: Acolhimento, Admissão Relação de Ajuda, Guia de Acolhimento

:

ABSTRACT

The area of motherhood itself has something magical. The human capacity to generate and create another new being inside is something fascinating, the wonder that is the birth of a child. (Canavarro,2001). The vision of the birth and how it is experienced are unique. Therefore, every woman should have a personalized service.

The labour performed in hospital context corresponds to a period in which women are away from their family and social context, and the maternal health and obstetric nurse specialists are those who are closest to the scientific expertise to provide technical and human, beyond general nursing care, skilled nursing care in their area of specialty. Thus, as care providers, we have a duty to provide pregnant and accompanying all conditions in a place where the best psychological/emotional, physical and technical conditions are guaranteed.

The report intends to show the skills developed during a probation period with report carried on the delivery room of Hospital de Cascais, while student of the 1st Master's Degree in Maternal Health an Obstetric Nursing from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. I've set a goal on review and reflect on the nursing practices performed during the pregnant host /couple host at the delivery room, by starting from the following question: "*What's the contribution to the quality of provided care, from the perspective of a pregnant woman/family on the standardization of procedures performed during the host at the delivery room by a maternal health and obstetric nurse specialist?*"

The methodology used was descriptive, analytical and reflective throughout the report using the methodology of systematic review of the literature. Data was collected by field diaries, within two months of the year due.

It was found that there was satisfaction with the hosting provided by health professionals and the information about the procedures that pregnant women would be submitted. We conclude that the personal interactions are essential in helping practitioners and customers move through the hosting experience at the hospital.

Keywords: Hosting, Admission, Relationship Help, Host Guide

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 7 |
| 1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA | 10 |
| 1.1. Caracterização do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica | 11 |
| 1.2. Percepção do Problema | 13 |
| 2. METODOLOGIA DE TRABALHO | 14 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 17 |
| 3.1. O Acolhimento Hospitalar da Grávida/Família no bloco de partos e o Modelo Sistémico da Betty Neuman | 25 |
| 4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHO | 27 |
| 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS | 35 |
| 6. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS | 38 |
| 7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E QUESTÕES EMERGENTES | 39 |
| 8. CONCLUSÃO | 40 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |
| ANEXOS | 47 |
| Anexo I: Folha de Avaliação do Estágio com Relatório | 48 |
| APÊNDICES | 50 |
| Apêndice I: Norma de Procedimento e Guia de Acolhimento no BP | 51 |
| Apêndice II: Grelha da Revisão Sistemática da Bibliografia | 60 |
| Apêndice III: Grelha de Observação e Guião de Elaboração dos Diários de Campo | 63 |
| Apêndice IV: Diários de Campo | 68 |
| Apêndice V: Acção de Formação em Serviço sobre o Acolhimento no BP | 74 |
| Apêndice VI: Actividades Desenvolvidas no Estágio com Relatório | 84 |
| Apêndice VII: Diários de Aprendizagem | 88 |

ABREVIATURAS

ed. – Editor

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

Exm.^a – Excelentíssima

p. - Página

Prof.^a - Professora

vol. – Volume

SIGLAS

BP – Bloco de Partos

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direcção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna Obstetrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

ICM - International Confederation of Midwives

ITP – Indução de Trabalho de Parto

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RL – Revisão da Literatura

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SFAP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

TP – Trabalho de Parto

VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob a orientação da Professora Helena Presado.

Qualquer relatório tem como objectivo “fornecer de uma forma global e coerente um relatório sintético do trabalho realizado por um profissional (...) ao longo de um determinado período de tempo” (Serrano, 1996, p.263). Este não é excepção ao descrever o trabalho desenvolvido no Estágio com Relatório, no Bloco de Partos do Hospital de Cascais, sob orientação local da EESMO Maria Veríssimo e orientação da ESEL pelo Prof. Mário Cardoso; no período compreendido entre 17 de Janeiro e 02 de Julho de 2011.

A necessidade de actualização e desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos que confira competências a todos aqueles que exercem uma determinada profissão é hoje em dia uma constante. Este corpo de conhecimentos constitui um bem em permanente desenvolvimento em consequência da incessante procura por parte do homem em se conhecer a si próprio e ao mundo onde está inserido. Assim, somos permanentemente confrontados com o emergir de novos conhecimentos científicos que nos possibilitam renovadas leituras e interpretações do mundo envolvente e de nós próprios, exigindo-nos um desafio constante de actualização e desenvolvimento do saber adquirido, o qual se reflectirá no nosso próprio crescimento pessoal e profissional, sendo concretizável na forma de ser e estar na profissão.

O profissional de enfermagem vive esta realidade de forma particular porque o ser humano é o destinatário dos seus cuidados nas múltiplas dimensões que o constituem. A formação deve por isso ser encarada como um modo de estar, uma constante na sua vida, que lhe possibilite um meio de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a dar uma resposta adequada às múltiplas exigências que se colocam diariamente no âmbito da sua competência profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (2007, p.10) diz-nos que o enfermeiro especialista é aquele que apresenta “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” Assim a especialização em enfermagem é um elemento chave na concepção/gestão/supervisão clínica

dos cuidados de maior complexidade requerendo a aquisição e desenvolvimento de competências.

Segundo o regulamento aprovado em 2010 pela Ordem dos Enfermeiros sobre as competências específicas do EESMO, o especialista “ cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Anexo I, item 3.1, OE). Tem por objectivo a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto; actuando de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo um ambiente seguro durante o trabalho de parto e concebendo planos de cuidados de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. Com a ambição de desenvolver mais profundamente esta competência, no decorrer do estágio com relatório, resolvi trabalhar a temática do Acolhimento no Internamento Hospitalar.

Porquê o acolhimento no internamento? Do ponto de vista pessoal, a minha motivação prende-se com o facto de ter sido mãe há relativamente pouco tempo e ter ainda bastante presente sentimentos vivenciados em redor desta questão. Enquanto enfermeira acredito na evidência crescente, suportada por estudos científicos, que nos indica que o processo de acolhimento, a comunicação inicial com a grávida e família vai condicionar em grande parte o decurso do internamento e a atitude do cliente em relação aos profissionais de saúde nomeadamente aos enfermeiros. Trata-se de um cuidado facilitador da adaptação neste contexto ao meio hospitalar. Neste sentido, enquanto aluna da ESMO, quis conhecer: ***“Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP? “***

De entre os vários teóricos que reflectiram sobre o acolhimento, salienta-se a definição proferido por Formarier (1984) que considera o acolhimento como sendo “uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro. Não é um acto, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e de sentir do enfermeiro expressos por meio de modos de ser, de acções de ajuda...”.

Assim, o acolhimento surge como um cuidado, dentro de todo o contexto de atenção a dar ao cliente facilitador da adaptação à hospitalização. Trata-se de um processo que integra, também, o acto de admissão hospitalar. Pode-se dizer que a admissão corresponde, segundo Busquets Surribas (1991) aos “trâmites burocráticos” e o acolhimento ao momento e à maneira como o cliente é recebido no hospital.

Quando uma cliente chega ao bloco de partos, é importante diminuir os sentimentos gerados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, por experiências anteriores negativas ou pela chegada a um lugar desconhecido. Um acolhimento caloroso, com a prestação de informações úteis ao casal grávido e identificação das suas expectativas e preocupações podem diminuir a sua angústia e ansiedade e ajudar a construir uma relação de confiança e de ajuda. Temos como finalidade ajudar o casal a eliminar sentimentos negativos e por outro lado informá-lo sobre os aspectos organizacionais da instituição, tais como: entrada e saídas do serviço, permanência durante o parto, organização física do serviço, etc.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, contribuir para a criação de condições que tornem cada nascimento um marco na construção de uma sociedade saudável.

De acordo com o que referi anteriormente, este relatório para além de ser uma das etapas necessária à conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, tem como finalidade, demonstrar a capacidade da mestranda em identificar problemas e desenvolver estratégias para os solucionar, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões. Assim sendo, são objectivos deste relatório:

- Reflectir sobre o percurso e trabalho realizado;
- Descrever e analisar de forma crítica as estratégias desenvolvidas e as actividades implementadas, os recursos utilizados e as competências que foram adquiridas e/ ou desenvolvidas no decurso do Estágio de acordo com os objectivos formulados no Projecto de Estágio.

Como metodologia de trabalho para a realização deste documento, optei pela reflexão e análise crítica das actividades desenvolvidas, fundamentadas em pesquisa/ investigação nas áreas temáticas já referidas, nas competências do EESMOG estipuladas pela OE e com base no Modelo Teórico de Betty Neuman que nos fala de conceitos como ambiente, stressores, bem-estar, etc que se ajustam por completo à problemática abordada.

Estruturalmente, é inicialmente apresentada a justificação do tema e a fundamentação teórica ao mesmo. Em seguida, a análise crítica dos objectivos e actividades implementadas para a sua concretização, efectuando-se um paralelismo tanto com a pesquisa como com as competências específicas de EESMO que foram desenvolvidas. Por fim, são apresentadas as implicações éticas, limitações do estudo, sugestões de desenvolvimento/continuidade do trabalho apresentado e ainda a conclusão onde é feita uma reflexão sumária do percurso formativo.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Durante a concepção do projecto para o estágio que antecedeu a realização deste relatório, foi identificado um problema que, segundo a metodologia de trabalho de projecto, para que pudesse ser trabalhado havia que cumprir alguns requisitos (Castro e Ricardo, 2003, p.30):

1. “Ser considerado por cada um dos participantes como um problema real e importante;
2. Ser significativo para o exercício da profissão de cada um dos participantes ... e/ou poder trazer novos conhecimentos para cada elemento do grupo;
3. Relacionar e integrar teoria e prática, tratar de coisas reais, estar relacionado com a sociedade e experiencia de cada um.”

Com base nesta realidade, e centrando-me como referi na introdução, nas unidades de competências do EESMOG descritas no anexo 1 item 3.1 do documento da OE de 2010, delineei como objectivo geral:

- Analisar e reflectir sobre as práticas de enfermagem realizadas durante o processo de acolhimento à grávida/casal no bloco de partos.

Como objectivos específicos os seguintes:

- Elaborar uma Norma de Procedimento/Guia Orientador sobre o acolhimento efectuado a grávida/família no BP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na operacionalização da norma de procedimentos sobre o acolhimento efectuado no BP;
- Identificar a opinião da grávida/puérpera sobre a aplicação da norma nos cuidados de enfermagem prestados durante o acolhimento no BP.

Para alcançar os objectivos propostos foi definida a seguinte questão norteadora: “*Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP?*”

1.1. Caracterização do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica do Hospital de Cascais – Hospital Dr. José de Almeida está situado no 3º piso. Está dividido em três sectores de prestação de cuidados, um correspondente à zona da urgência ginecológica e obstétrica propriamente dita, outro correspondente ao bloco de partos e um terceiro respeitante aos blocos operatórios e respectivo recobro. As instalações são recentes e com uma componente hoteleira agradável, contemplando uma diversidade de situações que se reflectem certamente numa melhoria dos cuidados prestados, tais como: salas individualizadas com WC privativas, sala de deambulação no bloco de partos, a existência no mesmo piso de todas as estruturas/serviços eventuais de apoio como o Bloco Central, Unidade de Cuidados Intensivos ou Unidade de Cuidados Neonatais.

A Urgência Ginecológica e Obstétrica é o primeiro sector de contacto imediato com as clientes vindas do exterior. É assegurada em cada turno por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que realiza igualmente a triagem.

Neste sector apenas se realiza a admissão da grávida/acompanhante significativo, sendo o acolhimento propriamente dito efectuado no sector do bloco de partos pelos enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia.

A área reservada ao Bloco de Partos tem uma disposição muito adequada às necessidades específicas deste tipo de serviço, contribuindo também para a prestação de cuidados individualizados e humanizados. Existe um quarto central, com capacidade para três clientes que funciona como recobro dos blocos operatórios ou puerpério imediato de acordo com a ocupação do serviço e sete quartos que se destinam a grávidas/parturientes em trabalho de parto. É no quarto onde tudo decorre: o trabalho de parto e puerpério imediato sempre que a lotação do serviço o permita.

O serviço dispõe ainda de dois blocos operatórios.

Circuito da Grávida/Parturiente/Puérpera

Quando uma grávida recorre ao serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, o primeiro profissional com quem contacta, na maior parte das vezes, é a secretária de unidade para realizar a ficha de inscrição. Posteriormente, é atendida por ordem de chegada,

salvaguardando-se obviamente situações emergentes devidamente sinalizadas pelo EESMO na triagem que avalia a situação da grávida e decide qual o encaminhamento da mesma. Se a grávida tem de realizar algum procedimento, prescrição interdependente, este é prescrito no sistema informático. No caso do internamento, quer seja para o bloco de partos ou para o serviço de medicina materno fetal, é realizada a admissão da grávida/acompanhante, onde são prestados os necessários cuidados de enfermagem, adequados à situação e respeitando a individualidade de quem se cuida.

Sempre que o internamento é feito no bloco de partos, existe o cuidado de a grávida ser acompanhada pelo EESMO que a admite na urgência até ao EESMO que a vai acolher no bloco de partos, estabelecendo-se a ponte entre os cuidados realizados. Através da minha experiência neste estágio, verifiquei que o profissional que acolhe se torna um elemento crucial de todo o processo de cuidar. Presenciei testemunhos de clientes que se mostravam tristes e até um pouco apreensivas quando o turno do enfermeiro de acolhimento terminava, uma vez que já estavam familiarizadas e desconheciam quem viria a seguir. “O acolhimento humaniza as relações entre os usuários e trabalhadores de saúde, através de um espaço onde se cria o vínculo a partir de uma escuta e de uma responsabilização que dão origem aos processos de intervenção. É nesse espaço que o profissional de saúde utiliza a sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objectivo é o controlo do sofrimento ou produção da saúde.” (Ramos, 2001 citado por Souza e Lopes, 2003)

É no bloco de partos que a mulher/acompanhante permanecem durante os 4 estádios do trabalho de parto. Logo que estejam reunidas as condições necessárias, procede-se à transferência da díade para o internamento de obstetria, onde se mantêm até à alta clínica (48h partos por via vaginal e 72h nas cesarianas).

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituída por vinte EESMO e onze enfermeiros de cuidados gerais. Caracteriza-se por ser uma equipa essencialmente jovem, com um número significativo de EESMO com um horário de apenas vinte horas semanais. Em cada turno encontram-se em média seis/sete enfermeiros, dos quais três são especialistas, que são distribuídos pelos diferentes sectores pelo enfermeiro especialista chefe de equipa.

Em relação ao modelo de organização dos cuidados, este serviço não tem propriamente instituído um modelo rígido. No que se refere às grávidas e parturientes internadas, os cuidados

especializados encontram-se atribuídos ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, que presta a globalidade destes cuidados durante o seu turno. É este o elemento que possui conhecimentos, capacidades e habilidade que mobiliza em contexto da prática permitindo-o ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo (ordem enfermeiros, 2007), neste caso da grávida/família, constituindo uma mais-valia na vivência de todo o processo de nascimento. Penso pois tratar-se do “modelo de cuidados globais” que segundo hesbeen (1998, p.13) postula que “cada enfermeiro é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitem, durante todo o seu turno de trabalho diário”.

1.2. Percepção do Problema

Percepcionei este problema através da prestação de cuidados e através de uma conversa informal com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora do local de estágio, em que me foi dito que a “questão do acolhimento assume uma importância extraordinária nos dias de hoje, sendo até um dos itens de avaliação de desempenho; pelo que seria de extrema importância a uniformização de procedimentos através da elaboração de uma norma de desempenho dirigida aos profissionais”. (EESMO – Manuela Prates)

Com base na preocupação que acabei de referir, propus-me a elaboração de uma norma de desempenho para os enfermeiros, e aproveitando a situação privilegiada de ser estudante, idealizei um plano de trabalho para desenvolver competências mais específicas nesta área.

Durante a prestação de cuidados, pude assistir a alguma desinformação quando a grávida é acolhida no bloco de partos. Mesmo após o acolhimento ter sido efectuado, algumas das clientes não têm conhecimento sobre “que pertences podem manter consigo ou não?”; “Podem atender um telefone?”; “O acompanhante terá de ser sempre o mesmo ou poderá alternar?”; “Podem receber visitas após o nascimento do bebé?”; etc.

Por outro lado, a forma de executar o acolhimento irá produzir na memória da grávida e acompanhante impressões que irão perdurar e determinar o seu comportamento ajudando à adaptação ao internamento, minimizando os efeitos negativos que poderão eventualmente ser sentidos num momento tão importante como este. Pode afirmar-se que o acolhimento adequado é o ponto de partida para o sucesso da relação estabelecida entre a grávida e equipa.

Tendo conseguido justificar a escolha da problemática, apresento no capítulo seguinte a metodologia delineada para o trabalho de campo propriamente dito, marcado pela reflexão e pela produção (Leite, 1991).

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

Nesta fase do trabalho sobre o Acolhimento no Bloco de Partos, explicitarei os aspectos relacionados com a metodologia que foi implementada; como foi realizada a recolha de dados que posteriormente foi inter-relacionada com a realidade envolvente e a pesquisa teórica realizada

Os acolhimentos efectuados tiveram por base uma norma de procedimento por mim elaborada (*Apêndice I*), tal como será explicitado num capítulo adiante. Estes foram efectuados de forma cautelosa, demonstrando disponibilidade para a grávida e acompanhante, uma vez que este é um período vivenciado com grande fragilidade e sensibilidade.

De modo a responder à questão inicialmente formulada, foi utilizada a metodologia de estudo de revisão sistemática da literatura. Segundo Mulrow (citado in apontamentos do Seminário de Investigação, Prof.^a Irene Soares, 2011), é

“... uma técnica científica objectiva ,eficiente e reprodutível, que permite extrapolar achados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada um deles e explicar as possíveis inconsistências e conflitos. Além disso, é uma técnica que aumenta a acurácia dos resultados, melhorando a precisão das estimativas de efeito de determinada intervenção.”

(MULROW, 1994)

Foi efectuada pesquisa nas seguintes bases de dados científicas: EBSCO Host, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e Biblioteca Conchrane através dos seguintes descritores (em português e em inglês): **Acolhimento, Admissão, Relação de Ajuda e Guia de Acolhimento à Grávida no Bloco de Partos**. Foram contemplados todos os estudos, qualitativos e quantitativos, de carácter nacional ou internacional, com data superior ao ano de 2000. Da pesquisa efectuada foram seleccionados 21 artigos, que após leitura atenta, resumiram-se apenas a três. Os artigos seleccionados considerados pertinentes para o estudo foram agrupados num quadro que se encontra em anexo, organizados por autor, título, ano de elaboração, palavras-chave, objectivos, tipo de estudo, local, população, critérios de inclusão e principais resultados (*Apêndice II*).

A complementar a revisão da literatura realizei observações participantes, uma vez que segundo Reis:

“a observação científica não é a simples observação de fenómenos, pois a ciência não parte da observação destes fenómenos, mas sim da formulação de problemas sobre os mesmos (...). A observação directa propõe o estudo de factos aproveitando a dinâmica do local em termos materiais e humanos.”

(REIS, 2010, p.79)

A observação directa comporta dois tipos de abordagens que, segundo Laperrière (1992) citado in Fortin (1996), dizem respeito as observações em que o único objectivo é descrever os componentes de uma dada situação ou a observação participante que requer a imersão total do investigador em estudo. Para Fortin

“... consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação directa dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada”.

(FORTIN, 1999, p241)

Para Weick citado em Fortin (1999, p.360), a observação consiste em “seleccionar, provocar, registar e codificar o conjunto de comportamentos e dos ambientes que se aplicam aos organismos *in situ* e que estão ligados aos objectivos da observação no terreno.” Por “seleccionar”, entende-se que os observadores escolhem ou orientam as suas observações de forma deliberada; “provocar comportamentos” significa que a observação não se limita ao registo discreto e passivo do comportamento dos sujeitos e por último o “registo e a codificação” são meios que o observador utiliza para registar acontecimentos. (Weick in Fortin, 1999).

Assim, de acordo com a problemática identificada, foram escolhidas duas grávidas por mim acolhidas no bloco de partos que não viessem de outros serviços da instituição, de modo a evitar enviesamento dos dados colhidos, e que estivessem em trabalho de parto ou para indução do mesmo. A recolha de dados para esta análise foi efectuada nos meses de Abril e Maio

Com base numa grelha de observação e um guia orientador previamente elaborado (*Apêndice III*), foram realizados para colheita de dados dois diários de campo aplicados em momentos distintos:

- 1º Momento: bloco de partos durante o acolhimento da grávida/família;
- 2º Momento: serviço de puerpério entre as 24h a 48h pós-parto.

Com a observação inicial foi possível a recolha de dados como experiências anteriores de acolhimento em bloco de partos, presença de convivente significativo, se grávida muito queixosa, descrição do ambiente envolvente, relatos de acontecimentos particulares relacionados com o trabalho de parto, reconstruções de diálogo, descrição de actividades e o comportamento do observador, entre outros dados. O segundo momento de observação permitiu dar resposta à questão inicialmente colocada com base na problemática e realizar a validação da implementação inicial da norma de procedimentos.

Finalizadas as grelhas de observação realizadas no terreno, foram redigidas 2 observações tendo por base o guião previamente construído (*Apêndice III*). Da redacção consta uma parte descritiva, sobre o retrato dos sujeitos, reconstruções de diálogos, espaço físico, comportamento do observador, etc e uma parte reflexiva sobre a análise, método, conflitos e dilemas éticos, etc (*Apêndice IV*).

Em conformidade com os objectivos apresentados, destaco ainda na metodologia, a realização de uma acção de formação com o objectivo de divulgar o conteúdo da norma de procedimentos sobre o acolhimento e respectivo guia de acolhimento (*Apêndice V*).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentar e contextualizar o problema identificado realizei uma pesquisa teórica mais aprofundada sobre os seguintes conceitos: Acolhimento/Admissão, Relação de Ajuda e Guia de Acolhimento. Considerei que o primeiro conceito a aprofundar seria o Acolhimento/Admissão, enquanto cuidado de enfermagem, realizando uma abordagem segundo vários autores, restringindo o conceito a “acolhimento no contexto hospitalar”.

Ao consultar um dicionário de língua portuguesa (2004, p. 24), “**admissão**” é definida como “acção ou efeito de admitir, entrada, recepção...”; enquanto **acolhimento** refere-se ao “acto ou efeito de acolher; recepção; hospitalidade...” e acolher como o acto de “... hospedar; receber; proteger;”. Facilmente conclui-se, a partir da análise destas definições, que “admitir” alguém refere ao acto mais burocrático da questão, enquanto “acolher” alguém consiste em recebê-lo num novo local, num local que, à partida, não lhe pertence, que é desconhecido e, portanto, não o dominará; pelo que quem acolhe deve ajudar essa pessoa a construir o conjunto de competências que lhe permitam adaptar-se à nova situação.

Reportando-me ao acolhimento no contexto hospitalar, ele é considerado por Castanheira (2001) como um cuidado de enfermagem, cuidado que abrange fundamentalmente três fases: contratual, activa e a alta. Na primeira fase, o objectivo primordial é o estabelecimento das bases para uma relação de confiança: o primeiro vínculo enfermeiro - pessoa. Para Formarier (2003, p. 19) esta fase tem por objectivo “securizar a pessoa acolhida” e, nesta etapa o importante é dar ênfase às relações estabelecidas, tal como reconhece Castanheira (2001), considerando que são mais determinantes para a segurança do paciente, do que o próprio local onde este se encontra (a finalidade desta etapa não é dar os marcadores/referências, mas antes securizar. O que é percebido como ameaça pelo paciente vem das relações mais do que dos locais). A fase activa do acolhimento em contexto hospitalar tem como objectivo “aprofundar o conhecimento sobre o outro, de forma que sejam estabelecidos laços de confiança, congruência e empatia que permitam o crescimento de ambos” (Castanheira, 2001, p. 47). Formarier (2003, p. 19) designa esta fase por “conhecer a pessoa”, considerando que “conhecer o paciente pode levar o seu tempo, isto é, não é uma etapa que se atinja de imediato. As interacções conduzem a um aumento do conhecimento mútuo a fim de ajudar o paciente a identificar os domínios sensíveis, que podem constituir um obstáculo à sua adaptação”. Por último, a fase da “alta” (Castanheira, 2001), que é a “fase de conclusão” em que se espera que os objectivos estabelecidos pela pessoa e enfermeira, numa fase mais inicial do internamento, e que foram “trabalhados” durante a fase activa, tenham sido atingidos. Em suma, “quando do acolhimento (fase contratual) o doente inicia um processo

de vinculação afectiva com a enfermeira responsável e com o serviço de acolhimento. Esse vínculo fortalece-se durante a fase intermédia do internamento, e inevitavelmente altera-se com a alta” (Castanheira, 2001, p.52). Assim sendo, para este autor, o acolhimento é um cuidado de enfermagem que envolve todo o internamento da pessoa.

Durante o acolhimento, em contexto hospitalar, é natural que a pessoa esteja fragilizada, insegura, com medo e ansiedade devido ao seu internamento e perda de controlo que sente por se encontrar num local para ela estranho (Roxo, 1989), podendo esse facto constituir uma situação de stress. Presentemente o parto é vivenciado de uma forma geral como um acontecimento doloroso e marcante para a parturiente/família. Este acontece em ambiente hospitalar, sendo muitas vezes o primeiro contacto com o mesmo, em que o medo do desconhecido, o sentimento de impotência e dependência da equipa prestadora de cuidados influencia de forma determinante a vivência deste acontecimento. A forma como se efectua o acolhimento é o ponto de partida para facilitar a adaptação a este ambiente hospitalar, promovendo o bem-estar acrescido da mulher durante a sua estadia no hospital. O acolhimento proporciona uma relação interpessoal entre os profissionais de saúde e a mulher/família, de forma a estabelecer-se um vínculo de proximidade, tendo por base a humanização e a personalização dos cuidados.

Segundo Vitória (2001) compete ao enfermeiro procurar ultrapassar barreiras que possam dificultar um bom acolhimento, de forma a proporcionar ao utente uma boa adaptação. Assim, Gouveia (1997) sugere que para além da relação a estabelecer com o utente o enfermeiro deve:

- Apresentar-se pelo nome;
- Perguntar como o utente pretende ser chamado, numa atitude de respeito pela sua vontade e individualidade;
- Familiarizar-se com o espaço físico;
- Tranquilizar o utente e esclarecer sobre as suas dúvidas e receios de forma a fazer com que se sinta mais seguro e confiante;
- Permitir-lhe a realização das suas actividades de vida diária habituais;
- Faze-lo sentir que existe interesse por si como pessoa e não como objecto de cuidados.

Em relação ao ambiente em que decorre o acolhimento, segundo Vitória (2001) deve ser tranquilo de forma a favorecer a tranquilidade do próprio utente. Podem, segundo a autora, estabelecer-se determinados procedimentos, tais como:

- Medidas ambientais: evitando os ruídos aquando da admissão do utente, deixando que este fique perto da pessoa que o acompanha;
- Medidas organizacionais: baseadas num constante bem-estar, comodidade e tranquilidade;
- Medidas de suporte emocional da comunicação com o utente mostrando-lhe disponibilidade, respeito, empatia e confiança.

Na admissão da grávida ao hospital, as suas principais preocupações são motivadas pela separação dos rostos e dos lugares familiares, ao entrar em contacto com um mundo estranho. Sendo que por vezes o afastamento da família causa mais sofrimento do que a própria dor física associada a todo o processo de nascimento (Roxo, 1989). Seguindo a mesma ordem de ideias, Cardoso e Pinto (2002) referem que, aquando da hospitalização, a casa e o ambiente habituais são substituídos por uma instituição, partilhada com desconhecidos e a família cede primazia aos profissionais de saúde. Tudo começa a ser regulado pelos horários hospitalares e pela disponibilidade dos profissionais.

Ao acolher o casal grávido, ou a pessoa significativa que acompanha a utente grávida ao serviço, o enfermeiro tem de ter presente que o nascimento vai produzir modificações no equilíbrio familiar. A hospitalização de um membro daquela família suscita, por vezes, uma crise considerável na sua dinâmica funcional. Neste contexto, o acolhimento implica observar a utente como uma pessoa que se compõe também da sua própria família.

Apesar das mudanças ocorridas na sociedade, segundo Aktinson e Murray (1989), a família continua responsável pelo apoio físico, emocional e social dos seus elementos qualquer que seja a sua tipologia. Deste modo, envolver a família nos cuidados desde o acolhimento inicial proporciona e mantém a união familiar.

Considerando o que foi referido até ao momento, considero pertinente realçar algumas “atitudes” (Phaneuf, 2005, p. 329) que o enfermeiro deve adoptar para acolher a grávida e o acompanhante, alvo da sua prestação de cuidados. Estas atitudes ou “dimensões” (Lazure, 1994, p. 15), a adoptar pelo enfermeiro, devem começar logo na fase inicial do internamento, em que a

aproximação inicial deve ser de franca camaradagem. O enfermeiro deve explicar em termos perfeitamente acessíveis à compreensão da grávida, as actividades que vão ocorrer na unidade e outras informações que julgue de utilidade (Roxo, 1989). A “explicação dos tratamentos em termos simples, explicando ao utente o que vai fazer e o porquê, poderá reduzir grandemente o medo do desconhecido” (Roxo, 1989, p. 12). Já Castanheira (2001) acrescenta que o modo afável como a grávida é recebida poderá eliminar sentimentos negativos, e por outro lado permite que o enfermeiro transmita informações de interesse, podendo assim esta sentir-se à vontade para colocar questões e, conseqüentemente, adquirir confiança em si e nos outros.

Cardoso e Pinto (2002, p. 12) enfatizam a ideia referindo que, “(...) é importante diminuir os sentimentos gerados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, por experiências anteriores negativas (...)”. Um acolhimento caloroso, a prestação de cuidados úteis à grávida e a identificação das suas expectativas e preocupações podem diminuir a sua angústia e ansiedade e ajudar a construir uma relação de confiança e de ajuda.

Assim, segundo Vilagrassa, (1991) citado por Castanheira (2001) o enfermeiro quando acolhe a grávida deve ter como objectivos:

- “Saber o que representa para esta todo o processo de trabalho de parto, o que motiva o internamento;
- Estabelecer uma comunicação e relação com a grávida e com família de acordo com as suas necessidades;
- Ajudar a grávida e família a enfrentar uma nova situação;
- Identificar os processos operativos que se devem iniciar desde a admissão, com a finalidade de melhorar as relações entre os grupos profissionais e a gestão de recursos humanos;
- Valorizar as necessidades de cuidados básicos da grávida “

Neste contexto, entende-se que comunicar assume um papel de destaque no processo de acolhimento do utente, casal e família no hospital. A comunicação pode ser definida como um intercâmbio recíproco de informações, ideias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas, sendo um processo dinâmico que exige adaptações contínuas para aqueles envolvidos no processo (Taylor, 1992).

A comunicação depende das várias capacidades, atitudes e comportamentos dos intervenientes nomeadamente o raciocínio, a fala, a audição e a linguagem corporal. A postura que o enfermeiro adopta pode transmitir uma impressão tão variada como tédio, cansaço, atenção e interesse. Ademais, como afirma Roper (1995), a expressão facial é uma importante fonte de

informação no que diz respeito ao estado emocional do indivíduo. O enfermeiro que faz o acolhimento além de estar atento a todos estes aspectos, deve observar ainda as mensagens transmitidas inconscientemente pois pode estar a criar barreiras no seu relacionamento com o utente. A comunicação constitui assim, uma parte integrante e essencial do acolhimento e visa o desenvolvimento de uma relação de ajuda com o utente.

Perante tais objectivos instala-se a dúvida, de como pode o enfermeiro agir para os atingir. Que deve o profissional de saúde fazer para conseguir ter “uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro” (Formarier, 1984, citado por Moreira, *et al*, 2003, p. 28). É exactamente este processo de passar de estranho a companheiro que o mesmo autor refere ser o acolhimento e que nos ajuda a compreender a importância da **Relação de Ajuda** no cuidado de enfermagem – acolher. Facto reforçado por Formarier quando, em relação ao acolhimento acrescenta que este “não é um acto, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e de sentir do enfermeiro expressos por meio de modos de ser de acções de ajuda (...)”.

Cardoso e Pinto (2002, p. 14) afirmam que “o processo de acolhimento implica uma relação interpessoal (...) devendo para isso ser criados mecanismos e condições que permitam ir ao encontro do outro e das suas necessidades. Trata-se de iniciar uma relação de ajuda. Ou seja, para que possamos acolher o outro, é impreterível que se adopte determinadas atitudes que nos permitam ir ao encontro desse outro, constituindo isso a relação de ajuda. Castanheira (2001, p. 43) refere que “no acolhimento o importante é saber falar, escutar e apoiar o utente. Escutar é não somente ouvir o que se fala, mas também observar as expressões faciais, tom de voz e movimento do corpo”. Castanheira (2001) refere, então, nesta citação, a escuta, o saber falar e apoiar como condições para o acolhimento, sendo que também são “condições”, ou se preferirmos, como diz Phaneuf (2005, p. 329), “atitudes”, subjacentes à própria relação de ajuda, estando deste modo o acolhimento e a relação de ajuda intimamente relacionados.

Uma capacidade primordial para a relação de ajuda que muitas vezes é esquecida e da qual o enfermeiro tem pouca formação é a capacidade de escuta. Para Lazure (1994) escutar não é o mesmo de ouvir. Escutar é constatar e deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores. Para a mesma autora, trata-se de um processo activo e voluntário, de uma arte situada no coração do enfermeiro, em todo o seu ser, que implica ouvir com todos os sentidos. Na maior parte dos casos é a linguagem não verbal que traduz os estados de alma relacionados com as palavras ouvidas e é necessário, segundo a autora, estar-se

atento ao silêncio. “É a escuta do silêncio que exige a presença mais efectiva do enfermeiro já que interpretar correctamente o silêncio do utente é escutar o que ele vive mais profundamente”.

Para Rogers (1971), citado por SFAP (2000, p. 79), a relação de ajuda é a “forma de proceder numa relação interpessoal, que procura libertar a capacidade da pessoa ajudada para viver mais plenamente do que o que acontecia antes do momento do contacto”. Lazure (1994, p. 13), refere que “para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver (...) o papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema”.

Esta autora (1994) considera ainda que o Enfermeiro na sua prestação de cuidados não está sempre a pôr em prática a relação de ajuda ao outro. Isto é, na execução das diversas técnicas e procedimentos, estes cuidados *per si* não se constituem como relação de ajuda. Como refere Phaneuf (2005, p. 324), para existir relação de ajuda, esta tem que favorecer “a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade”.

A relação de ajuda segundo Chalifour (1989) consiste numa interacção entre duas pessoas, enfermeiro e utente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação da necessidade de ajuda presente no utente. O papel do enfermeiro na ajuda será o de facilitar ao utente o reconhecimento e a descoberta dos seus potenciais recursos, de acordo com a sua própria personalidade, para a resolução dos seus problemas. A relação de ajuda só será eficaz quando o enfermeiro interiorizar que só o utente possui os recursos base para resolver o seu problema, e apenas pode orientar, segundo o mesmo autor, e assistir e nunca decidir ou substituir no processo de resolução dos problemas.

Para Henriques (1984) quando se estabelece uma relação de ajuda tem de se considerar alguns aspectos fundamentais:

- Individualizar, reconhecendo e compreendendo o carácter único de cada um, utilizando princípios e métodos diferentes para ajudar numa melhor adaptação ao meio hospitalar;

- Favorecer a expressão de sentimentos, mostrando-se acolhedor, colocando o utente à vontade, demonstrando disponibilidade e calma, permanecendo apto para escutar não interrompendo o discurso ou dando soluções;
- Aceitar o utente tal como ele é e não como desejaria que fosse;
- Respeitar a autonomia, respeitando o direito que o utente tem em estabelecer livremente as suas escolhas e decisões.

Para Chalifour (1989) de um modo geral na relação de ajuda estão presentes os seguintes elementos:

- A pessoa que necessita de ajuda deve ser encarado como um sistema aberto com características biológicas, cognitivas, sociais, afectivas e espirituais interdependentes ligados à sua hereditariedade e cujo desenvolvimento se manifesta sob a forma de processos diversificados, como a percepção dos factos, sua compreensão e motivação;
- A pessoa que ajuda, o enfermeiro igualmente encarado como um sistema aberto com características biológicas, cognitivas, sociais, afectivas e espirituais interdependentes ligadas à sua hereditariedade. Possui ainda determinadas experiências que lhe provêm da sua vida e do seu trabalho. É indispensável que a pessoa que ajuda tenha um bom conhecimento de si e do seu papel, assim como de certos conceitos, pois são estes que condicionam a qualidade da relação de ajuda. Além destes conhecimentos, deve ainda possuir a capacidade de desenvolver determinadas habilidades ligadas ao contacto, ao reconhecimento, à interpretação de mensagens, à expressão verbal e não verbal e ao acompanhamento dos processos presentes na relação para que a sua actuação seja eficaz. Para além destas existem ainda outras habilidades que poderão tornar a relação de ajuda mais rica e eficaz classificada, pela autora, em receptivas ou facilitadoras, tais como a compreensão empática, autenticidade e respeito, e outras são ditas como especificidade, mediaticidade e confrontação.
- O processo em curso na relação de ajuda igualmente encarado como um sistema relacionado com maneira de estar na relação.

A relação de ajuda ao implementar-se aos cuidados de enfermagem experimenta aplicações particulares. Assim, segundo a mesma autora, na prática a relação de ajuda desenvolveu-se em duas vertentes distintas:

- A relação de ajuda formal, que se estabelece no decurso de encontros estruturados, dependendo da forma como se apresentam as necessidades. Estas sessões são previamente planeadas, adaptadas ao contexto dos cuidados de enfermagem que pretendem atingir objectivos bastante simples, de libertação de emoções, de diminuição da ansiedade, de aceitação de um diagnóstico difícil.
- A relação de ajuda informal, no âmbito dos cuidados gerais, a relação de ajuda revela-se a maior parte das vezes de uma forma informal e instaura-se de forma espontânea à medida das necessidades de cada momento. O objectivo, para a autora, é levar a pessoa a verbalizar o seu problema, a expressar as suas emoções e testemunhar-lhe compreensão empática.

Em relação ao conceito **guia de acolhimento** surgiu alguma dificuldade em pesquisar este como um todo, ao consultar um dicionário de língua portuguesa (2004, p. 187), “guia acto ou efeito de guiar; direcção; governo; (...) título de várias publicações de ensino prático; roteiro; pessoa que guia; condutor; conselheiro; qualquer coisa que orienta; que dirige ou conduz”, relacionando com a prática de enfermagem pensamos tratar-se de um documento orientador com linguagem acessível, que visa sistematizar a informação considerada necessária fornecer no momento da admissão de forma a uniformizar procedimentos. No entanto deve-se salvaguardar alguns aspectos: este deverá ser entregue pelo profissional que realiza o acolhimento; a entrega deste não invalida a explicitação oral do mesmo e o esclarecimento de dúvidas existentes. Segundo Leandro, Alvarez, Carvalho, Esperto e Medeiros “a informação escrita é especialmente sensível. Em caso de dúvida, o receptor nem sempre pode confirmar junto do emissor os objectivos ou conteúdos da mensagem. Assim, é essencial que a informação escrita seja legível e compreensível. (...) deve ser clara, objectiva e concisa, dizendo apenas o que é relevante para a mensagem que se pretende transmitir.” (2005, p.142) Deverá apresentar um estilo simples caracterizado por uma escrita clara concisa e natural, que dispense os artifícios de linguagem cingindo-se somente às ideias que tem em vista expor evitando os termos ambíguos e as construções difíceis (Serrano, 1996).

3.1. O Acolhimento Hospitalar da Grávida/Família no bloco de partos e o Modelo Sistémico da Betty Neuman

Segundo Betty Neuman a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema. Isto pode ser obtido através da investigação cuidadosa dos efeitos, tanto vigentes quanto potenciais, da invasão de stressores, auxiliando o sistema a fazer os ajustes necessários ao bem-estar ideal.

Tendo em conta a problemática apresentada anteriormente defino como Quadro de Referência o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Os dois principais componentes do Modelo de Sistemas de Neuman são o stress e a reacção ao stress. Neste modelo, o cliente é considerado um sistema aberto, uma vez que todos os elementos de uma organização complexa estão em interacção (Tomey e Alligod, 2002).

O modelo deriva da teoria de *Gestalt*, que descreve a “homeostase como o processo através da qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob condições diversas” (Barbara, 2004, p.336). Neuman descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Existem muitas necessidades e cada uma pode perturbar a harmonia e estabilidade do cliente, por isso o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. As trocas com o ambiente são recíprocas; tanto o cliente quanto o ambiente podem ser afectados positivamente ou negativamente um pelo outro. O ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema.

Betty Neuman utilizou a definição de stress de *Selye*, “que é a resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito” (Barbara, 2004, p.337). O stress aumenta a necessidade de reajustamento. Os stressores são os estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do cliente e que podem ser forças interpessoais, intrapessoais e extrapessoais (Tomey e Alligod, 2002). Podem ser positivos ou negativos.

Partindo do conceito de níveis de prevenção do modelo conceptual de *Caplan*, Neuman relaciona-os com a enfermagem do seguinte modo:

“A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento”.

TOMEY E ALLYGOOD (2002, p.337)

A escolha do modelo de Betty Neuman como suporte teórico ao trabalho desenvolvido, surgiu pelo facto de este ser um dos três modelos mais frequentemente utilizados na investigação em enfermagem. “A investigação em enfermagem que utiliza este modelo fez avançar o nível de conhecimentos das questões da saúde da mulher” (Barbara, 2004, p.350). Tendo por base a ambição de desenvolver competências como futura EESMO com vista a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto; actuando de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto e concebendo planos de cuidados de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, esta pareceu-me sem grande dúvida a melhor opção.

4. ACTIVIDADES E DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHO

Em seguida serão apresentados dois itens referentes aos objectivos delineados, actividades desenvolvidas para os atingir e respectivas competências adquiridas no decurso do estágio com relatório no Bloco de Partos do Hospital de Cascais.

Objectivo 1 – Prestar cuidados como enfermeira especialista a mulher/RN e família, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais preconizados.

A prestação de cuidados em qualquer serviço exige competências gerais e específicas, encontrando-se estas últimas muito relacionadas com as características de cada serviço. É referido por Lopes (2000, p.40) que “nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados se não os prestar e se não reflectir criticamente sobre o que faz”. Quem é perito na prestação de cuidados em contexto de obstetrícia não o será certamente numa unidade de cuidados continuados sem adquirir e desenvolver competências específicas necessárias para a prestação de cuidados naquela área. É com a prestação de cuidados que se desenvolve a capacidade de mobilização do conhecimento e saberes teóricos para a prática e se promove o desenvolvimento de várias competências essenciais à excelência do exercício. Como refere Benner (2001, p.12) “ a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento.

De acordo com o preconizado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2010/2011), eram objectivos deste EC - desenvolver no estudante competências científicas, técnicas e relacionais, que lhe permitissem:

- “Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no Âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição das morbidades e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia;

- Demonstrar comportamentos e capacidades adequadas ao seu desenvolvimento pessoal e profissional como futuro EESMO.” (*Apêndice VI*).

Inicialmente foi-me proporcionado um período de integração que considerei de extrema importância, para conhecimento da missão e filosofia do serviço onde me encontrava a estagiar, nomeadamente os aspectos fundamentais da sua organização e de funcionamento facilitadores do desenvolvimento de competências e concretização do meu projecto. Após esse período de integração, que realizei numa dinâmica de observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à mulher, recém-nascido e família, fiquei responsável, sob orientação e supervisão do EESMO orientador do local, por prestar cuidados especializados à mulher, RN e família, sustentada no estabelecimento de uma relação terapêutica. Desde cedo me tornei muito participativa em todas as actividades desenvolvidas com o incentivo da Enf^a orientadora, o que para mim foi bastante positivo uma vez que me deu a sensação que fazia parte de equipa e que contavam com a minha colaboração.

É de salientar a extrema abertura e aceitação por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar em relação à minha presença, bem como o facilitar a concretização dos objectivos, verificando-se uma grande colaboração. Ao longo do estágio, fui realizando várias entrevistas informais com os vários elementos da equipa, o que se revelou bastante positivo para um maior conhecimento da instituição e seu funcionamento.

Durante os quatro estádios do trabalho de parto tive a oportunidade de desenvolver as actividades necessárias ao desenvolvimento de competências enquanto futura EESMO, embora algumas delas com maiores dificuldades até serem praticadas com autonomia. O esclarecimento de dúvidas e partilha de opiniões com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa multidisciplinar foi um suporte fundamental na aquisição e consolidação das mesmas.

De entre as actividades que sinto ainda necessidade de aperfeiçoar, destaco as manobras de Leopold para determinar a apresentação fetal e a determinação da variedade em que se encontra a apresentação. Estou ciente de que evoluiu bastante, mas tenho ainda um longo caminho a percorrer. Infelizmente durante o estágio, não tive contacto com nenhuma grávida em que a apresentação do feto fosse pélvica.

Como aptidões de consolidação com maior facilidade destaco a avaliação da cervicometria e a interpretação do CTG. Sem dificuldades maiores procedi à monitorização interna e externa, para avaliação dos BCF e registo de tocograma a fim de despistar sinais de sofrimento fetal ou situações de incompatibilidades. No decurso do estágio identifiquei e actuei atempadamente, em situações de bradicárdia fetal que levaram de imediato à necessidade de se proceder a cesariana

de emergência e ao despiste de situações de hipertonia uterina provocadas pela administração de ocitocina em perfusão.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres parturientes com diabetes nas quais a vigilância de parâmetros vitais e avaliação de proteinúria, glicosúria/cetonúria, glicémia capilar, assumem uma grande importância, na avaliação do bem estar materno fetal.

Sempre que oportuno promovi a deambulação das grávidas durante o trabalho de parto, colocando em prática os conhecimentos teóricos aprendidos em sala de aula que nos dizem que fisiologicamente é muito melhor para a mulher quando se mantém em movimento durante o trabalho de parto. A posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade, para possibilitar menos dor durante o trabalho de parto, diminui o tempo do TP, melhora a contractilidade uterina e oferece mais conforto às parturientes assegurando os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo (citado in apontamentos de ESMO II, Prof.^a Luísa Sotto Mayor, 2010).

O parto pode ser ou não experienciado como doloroso, tendo realizado maioritariamente partos com recurso a anestesia epidural. Deste modo colaborei com o anestesista na colocação do cateter epidural, na administração de fármacos, assim como na triagem do tempo certo para a sua administração e na informação à grávida/casal

Dado a grande afluência de clientes ao BP do Hospital de Cascais, realizei quarenta partos eutócicos, respectiva dequitação e epissiotomia e epissiorrafia sempre que necessário. Colaborei em nove partos distócicos com recurso a instrumentação (ventosa) e numa cesareana prestando os cuidados imediatos ao recém – nascido em todos eles. Todos os partos foram realizados sob orientação e supervisão da enfermeira orientadora, e foi sem dúvida a competência técnica/relacional que maior satisfação me deu alcançar, principalmente com o ganho progressivo de autonomia.

No que se refere á sutura de lacerações e epissiorrafias, consegui com alguns obstáculos ultrapassados identificar as estruturas (mucosa, musculo e pele) para uma reconstituição anatómica correcta. Foi importante o treino em casa para desenvolver significativamente a minha destreza manual.

Aproveitei todas as situações, nomeadamente enquanto efectuava a epissiorrafia e no puerpério imediato, com base no relacionamento afectivo e de confiança estabelecido, para efectuar acções de educação adequados à situação e necessidade da mulher puérpera salientando a promoção do vínculo afectivo mãe – filho estabelecido através da amamentação.

No decorrer do estágio tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados na triagem de urgência ginecológica e obstétrica à qual ocorrem mulheres grávidas com as mais variadas

situações, assim como na admissão de grávidas a que prestei cuidados e a algumas efectuei o parto, tendo assim possibilidade de acompanhar a grávida durante todo seu circuito no BP.

Por vezes senti alguma dificuldade em lidar com sentimentos vivenciados na prestação de cuidados e apoio emocional a mulheres admitidas no BP, para serem submetidas a curetagens e expulsão de fetos mortos. Nessas situações tive necessidade de pensar em estratégias para utilizar o tempo disponível de modo a criar uma atmosfera propícia à manifestação das necessidades da cliente e família.

Independentemente da competência técnica e científica, essencial nas situações em que o trabalho de parto se acompanha de “desvios da normalidade”, (entenda-se que mesmo em situação de saúde, cada trabalho de parto é único), o EESMO tem de possuir elevada competência relacional, uma vez que, acrescida à tensão subjacente a um nascimento, para a mulher parturiente e família, existe a preocupação e a tensão emocional provocada por uma alteração de saúde.

Partindo do objectivo pessoal que delinee em projecto considerado adequado e pertinente, com as actividades que desenvolvi, realço como contributos para o meu processo de aprendizagem: o desenvolvimento da autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades no decorrer do estágio com relatório; a avaliação qualitativa considerada a um nível excelente (*Anexo I*) na qualidade dos cuidados prestados aos 3 níveis de prevenção que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) refere-se no período pré-natal “... a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”, durante o trabalho de parto “...efectuando o parto em ambiente seguro...” e no período pós parto “...apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”; desenvolvimento de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso da aprendizagem e ainda na análise e discussão de situações vividas de forma mais especial, como as descritas em diário de aprendizagem (*Apêndice VII*).

Objectivo 2 – Analisar e reflectir sobre as práticas de enfermagem realizadas durante o processo de acolhimento à grávida/casal no bloco de partos.

Tendo em conta que a fase activa do acolhimento em contexto hospitalar tem como objectivo “aprofundar o conhecimento sobre o outro, de forma que sejam estabelecidos laços de confiança, congruência e empatia que permitam o crescimento de ambos” (Castanheira, 2001, p.

47), considerei pelas razões apontadas anteriormente, que a uniformização dos cuidados de enfermagem na área do acolhimento seria a um problema.

Segundo Castro e Ricardo, a palavra “*problema*” é aqui empregue numa acepção muito lata, no sentido da diferença entre o que existe e o que gostávamos que existisse. Neste caso, o problema impõe-se, é da sua existência que se parte” (2003, p.30).

Detectada a falta de um procedimento no serviço e demonstrado o interesse em que ele existisse achei pertinente a sua realização, o acolhimento actualmente é muito mais do que dizer ao doente o nosso nome e onde ficam os sanitários de apoio ao serviço, o acolhimento “acontece desde o contacto com o porteiro do hospital até ao contacto com a equipa médica (...) envolve o prestador de serviço, o usuário do sistema hospitalar e o familiar que o acompanha e pode ser percebido tanto nas palavras pronunciadas quanto na forma de abordagem.” (Lermen et al, 2005, p.2214).

Comecei por elaborar uma norma de procedimento onde, para além da fundamentação do mesmo, se encontra esquematizado o acolhimento/acompanhamento a realizar a grávida/pessoa significativa no bloco de partos). Em simultâneo, elaborei um guia de acolhimento a ser entregue no momento da admissão da grávida no bloco de partos (*Apêndice I*).

Estes documentos ficaram arquivados no manual de serviço para posterior consulta.

Ao elaborar e aplicar tanto a norma como o guia, desenvolvi competências pessoais e profissionais, através dos conhecimentos adquiridos pela leitura de bibliografia científica que permitiram integrar a teoria com a prática. Pude tomar iniciativa na interpretação e resolução de problemas relacionados com a comunicação ao “quebrar” a falha de informação e falta de comunicação algumas vezes sentida pela grávida/pessoas significativas no momento da admissão hospitalar. O REPE no seu artigo 5º, alínea 1, refere que os cuidados de enfermagem são aqueles caracterizados por “terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro, utente, indivíduo, família, grupos e comunidade”.

Contudo, para cuidar, não chega saber, é necessário ter atitudes que permitam utilizar ao máximo e melhorar os saberes adquiridos. O grande objectivo da excelência no cuidar é conseguido ao garantir “o nível máximo de qualidade nos cuidados” (Botelho 1998, p.263).

Neste sentido e com o objectivo de implementar o trabalho descrito anteriormente, programei uma acção de formação em serviço (*Apêndice V*) para toda a equipa de enfermagem para dar a conhecer a norma de procedimento sobre o acolhimento, assim como, a existência de um guia de acolhimento.

Falamos “de formação quando há lugar a uma intervenção que visa contribuir para a emergência de uma resposta comportamental nova” (Berbaum 1992, p. 13); pelo que ao realizar esta formação senti que sensibilizei e envolvi a equipa de enfermagem na importância de todo o processo de acolhimento e acompanhamento da grávida/convivente significativo tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A excelência dos cuidados passa pela sua constante melhoria.

Durante a acção de formação pude expor o procedimento elaborado e clarificar dúvidas sobre a sua aplicação junto da equipa. A adesão à acção de formação foi essencial para a implementação da norma pois houve espaço para a discussão do procedimento, sugestões e a forma mais exequível de o colocar em prática. Na formação consegui comunicar aspectos relacionados com o acompanhamento/acolhimento fundamentando-os teoricamente de forma a cativar a equipa, fundamental no processo de aplicação da norma.

Com o diagnóstico da necessidade formativa e com a sessão de formação realizada, foi possível desenvolver as competências preconizadas nas alíneas D2.1.1., D2.1.2., D2.1.3., D2.1.4 e D2.1.5. do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais*”, “*diagnostica necessidades formativas*”, “*concebe e gere programas e dispositivos formativos*”, “*favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros*”, e “*avalia o impacto da formação*”).

Partindo da problemática identificada inicialmente, procurei compreender as principais vulnerabilidades que mediavam a questão assim como as potencialidades, necessidades e recursos necessários. Como vulnerabilidades, foram identificados alguns que podem comprometer a uniformização e a qualidade do acolhimento realizado neste contexto. De forma menos positiva, o facto da equipa de enfermagem ter horários diversificados, existe horários de 20, 35 e 40 horas semanais e de forma positiva o facto de estar sempre presente um enfermeiro especialista nas admissões.

Em relação às potencialidades existentes quanto a possível concretização do projecto, saliento as equipas, que por se tratar de uma equipa aberta e cooperante em novos projectos tenham aderido com maior facilidade ao mesmo; o serviço ser recente, com disposição e ambiente físico agradável que permite o respeito pela privacidade e intimidade da cliente e possuir um número elevado de clientes.

Quanto as necessidades há que destacar a pesquisa teórica que permitiu a construção de um guia de acolhimento e obviamente inter-relaciona-lo com a norma de procedimentos. Por

último, em relação aos recursos dou especial destaque ao facto de estar num papel de estudante do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e possuir alguns conhecimentos que mobilizo com alguma facilidade; ter a colaboração e o apoio quer da equipa de enfermagem, salientando os enfermeiros cooperantes quer dos professores orientadores de todo este processo; a motivação da equipa de Enfermagem para a realização duma Norma e Guia de acolhimento com necessidade expressa também pela própria chefia, facilidade de acesso a meios audiovisuais para realização de acções de formação, espaço físico apropriado e internet disponível para pesquisar sempre que necessário.

Para além da prestação de cuidados inerentes ao acolhimento da grávida/convivente significativo no bloco de partos e realização de uma norma e guia de acolhimento, desenvolvi ainda um trabalho descritivo com o objectivo de perceber a satisfação dos clientes a quem a norma é dirigida. Partindo da seguinte questão: ***“Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP?”*** fiz 2 observações directas registadas em diário de campo sobre os acolhimentos por mim efectuados (com base na norma de procedimentos) e posterior visita ao serviço de puerpério para validação da implementação inicial da norma de procedimentos.

Assim, de acordo com a problemática identificada, como anteriormente referido, seleccionei 2 grávidas que fizessem parte dos critérios de inclusão pré-definidos, principalmente que não viessem de outros serviços, como por exemplo do serviço de grávidas, por considerar que esse dado poderia ter influência no que se pretendia observar e na conclusão dos dados.

Relativamente ao comportamento enquanto observadora, pretendia-se uma observadora participante, uma vez que o objectivo principal enquanto futura EESMO era o desenvolvimento de competências na área do acolhimento, no campo do saber, saber fazer e saber ser. Foi prestado de forma autónoma, sob supervisão da enfermeira orientadora, todo o cuidado assistencial à grávida/família durante acolhimento e TP; adaptando-se sempre que necessário a situação da investigação sem com isso comprometer o seu perfil e objectivo iniciais.

Com base numa grelha de observação e um guia orientador previamente elaborado (*Apêndice III*), foram realizados para colheita de dados dois diários de campo aplicados em momentos distintos:

- 1º Momento: bloco de partos durante acolhimento da grávida/família;
- 2º Momento: serviço de puerpério entre as 24h a 48h pós-parto.

Relativamente à escolha dos momentos, tendo por base a abordagem sistémica do modelo de Betty Neuman tenho que considerar, neste contexto, a grávida/família como o centro das referências conceptuais na prestação dos cuidados. Durante um acolhimento no BP, estão quase sempre implícitos *stressores* de natureza vária, que fazem aumentar a necessidade de reajustamento da grávida/família. Partindo do conhecimento de três níveis de prevenção, realço a primária uma vez que diz respeito ao conhecimento geral que se aplica na avaliação e intervenção do cliente na identificação e redução ou mitigação de factores de risco possíveis ou reais associados a *stressores* ambientais para impedir uma possível reacção (Barbara, 2004).

Na área da obstetrícia existe um ambiente característico que não se vive em nenhum outro que constitui o hospital, seja este público ou privado. Apesar de existirem clientes com patologias e situações que requerem mais cuidados, convive-se maioritariamente com a vida e felicidade. Contudo, é importante durante o acolhimento o enfermeiro reconhecer na grávida/familiares, se estão ansiosos com o nascimento, assim como os seus receios e expectativas. Apesar de não existir uma doença, a incógnita quanto ao desconhecido e todo o processo pelo qual vão passar não sabendo qual será o seu desfecho pode ser causador de stress; sendo essencial que os enfermeiros adoptem comportamentos e atitudes facilitadores da relação de ajuda, usando técnicas de comunicação favorecedoras da mesma, recorrendo para isso à sua formação.

A definição do período referente ao 2º momento, baseia-se no facto de após o parto existir um reajuste fisiológico e emocional. Lowdermilk (2008) identifica as primeiras 24h a 48h horas após o nascimento como a fase dependente. Este período corresponde a um momento de grande alegria em que a puérpera sente necessidade de relatar a sua experiência de parto.

Pelos motivos que acabo de explicitar, com a consecução do segundo objectivo, realço a aquisição de competências como a capacidade de reflectir de forma crítica na e sobre a prática profissional, e usar a evidência da investigação para resposta a problemas clínicos. Considero que tive a oportunidade de “aplicar os (...) conhecimentos e a (...) capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (...), em contextos alargados e multidisciplinares”, bem como “lidar com questões complexas, desenvolver soluções (...), incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções (...) ou os condicionem” (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2006, p.2246).

5.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Segundo a literatura, o acolhimento como proposto em construção é acolher, é receber, ter consideração, é atender os diferentes integrantes da família, facilitando a sua inserção no ambiente. O acolhimento envolve também uma acção não somente física, mas afectiva, onde o seu principal objectivo é o de fazer com que as experiências emocionais que ocorrem durante a fase de internamento de um cliente, sejam atendidas e elaboradas da melhor forma possível.

Portanto, esse receber remete-nos para uma relação de ajuda, a qual ocorre do encontro entre duas pessoas e será por intermédio desse encontro que o enfermeiro vai acolher o cliente e construir a base de uma relação a dois. O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro. Dentro desse processo de ajuda, a palavra “acolhendo” é definida como receber o cliente calorosamente ao iniciar o encontro com o mesmo, sendo que, ao acolher o cliente, deve-se transmitir receptividade e interesse, para que ele se possa sentir valorizado. Dessa forma, o acolhimento é humanizar o atendimento com garantia de acesso universal.

Da análise dos dados empíricos colhidos junto as 2 puérperas, foi possível realizar uma breve caracterização das mesmas. A idade situa-se entre os 18 e 36 anos respectivamente. Quanto à escolaridade, não completaram o ensino obrigatório, não terminando o 11º ano. Observou-se da mesma forma que ambas eram casadas, encontrando-se uma na companhia do esposo e outra sem qualquer convivente significativo. Em relação a paridade, 1 estava grávida pela 1ª vez e a segunda já estava no seu 3º filho. As duas grávidas deram entrada no BP por ITP e pariram no dia 07 de Maio de 2005, uma de parto distócico por não evolução de TP e a outra por parto eutócico.

O contacto no puerpério foi efectuado no dia seguinte, nas primeiras 24 horas de puerpério. Pelas razões apontadas no capítulo anterior, conforme nos enunciou Lowdermilk (2008) ambas as puérperas sentiram necessidade de falar sobre a sua experiência de parto; apresentando uma posição díspara sobre o mesmo facto. Para uma das puérperas, foi uma experiência que suplantou as expectativas criadas, tendo enunciado o seguinte: “Confesso que entrei um pouco desconfiada, pouco confiante nos cuidados prestados neste hospital. E ainda contrariada por os bombeiros não me terem levado para o HSFX conforme pedi, aonde tive os meus filhos anteriores. Sabe, tive uma muito boa experiência em HSFX e gostaria de repetir. Mas sem dúvida, que isso aconteceu!” ou referindo-se ao parto como “Foi muito, muito bom, foi um momento rápido.”. Contrariamente a outra experiência vivenciada pela outra puérpera, que

referiu: “Foi bastante traumática, dorida... digo mesmo horrível! Depois de tanto sofrimento, terminar numa cesareana, foi uma desilusão. Mas o bebé não descia!” ou “Tive muita pena de não me ter feito o parto, mas era o destino...”.

Relativamente a questão colocada, *“Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP?”*, da reflexão sobre os dados recolhidos dos diários de campo, constatou-se que houve satisfação com o acolhimento prestado pelos profissionais de saúde e pelas informações quanto aos procedimentos a que as grávidas seriam submetidas. Observou-se, porém, que o facto de os acompanhantes entrarem mais tardiamente para junto da grávida no bloco de partos, no momento do acolhimento, foi percebido como um ponto menos positivo por 1 das puérperas.

A suportar os dados que foram apresentados, encontram-se alguns comportamentos observados como a lembrança do EESMO que as tinha acolhido, e num dos casos realizado o parto, da lembrança do nome, recepção com um sorriso, simpatia, agradecimento por ter ido visitá-las e algumas frases como:

- “Desde o início trataram-me muito bem, explicaram-me tudo e foram enfermeiras e companheiras... Não é fácil estar sozinha!
- O encontro inicial ajudou a aliviar a minha zanga. A sua simpatia conquistou-me!
- Eu acreditava que o parto só poderia ser feito em segurança para mim e para a minha criança se feito por uma médica. Mas acabou por não ser verdade. Foi muito importante o nosso encontro no início para a confiança nascer.
- Foi bastante positivo e gratificante, porque eu vinha muito, muito nervosa e senti uma grande amizade e inter-ajuda. Vocês ajudaram-me bastante desde o começo, explicando-me tudo e acarinhando-me. Só é pena, o meu marido não entrar logo comigo no início e ouvir/acompanhar tudo ao mesmo tempo que eu.”

A partir tanto do comportamento observado, como das falas transcritas é comprovado o que foi referido anteriormente no quadro teórico que o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. Ou seja, o acolhimento proporciona uma relação interpessoal entre os profissionais de saúde e a mulher/família, de forma a estabelecer-se um vínculo de proximidade, tendo por base a humanização e a personalização dos cuidados e deve ser considerado por todos os profissionais de saúde e em todos os locais de internamento. Segundo o

estudo apresentado na RL (*Apêndice II*) intitulado *Pregnant women's perception's of their nurse's role during labor and delivery*, 29% das inquiridas referiu que a actividade em enfermagem mais importante seria conforto físico e emocional.

A equipe de enfermagem deve agir integralmente e em interacção com os familiares, com vista a satisfação das necessidades em especial da mulher e futuro RN, na adaptação ao ambiente e rotinas da instituição. Portanto, o acolhimento não deve ser limitado ao acto de receber, mas sim ser visto como um processo de relações interpessoais.

Outro aspecto, igualmente focado no quadro teórico e reforçado pela observação e discursos registado em diários de campo, é que a comunicação é muito importante. As mulheres/familiares recebem esclarecimentos e tiram dúvidas com os profissionais de saúde que lhes assistem, sendo isto percebido como uma forma de ajuda, constituindo elemento de qualidade na assistência e no acolhimento. Segundo o mesmo estudo referido anteriormente, 24% das grávidas destacou a informação disponibilizada como a segunda das mais importantes actividades exercidas pelo Enfermeiro. Num estudo realizado no Brasil em 2007, com o objectivo de conhecer a opinião de puérpera sobre o acolhimento em sistema de alojamento conjunto (*Apêndice II*), conclui-se que fornecer informações deve fazer parte do acolhimento quanto aos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de saúde.

Conclui-se que as interacções pessoais são essenciais para auxiliar profissionais e clientes a percorrerem a experiência do acolhimento ao nível hospitalar. O acolhimento adequado é de responsabilidade de toda a equipe de saúde que deve desenvolver habilidades baseadas no cuidar humano, na capacidade de comunicação fundamentalmente na escuta, na orientação e informação.

6. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais. A ética, segundo Fortin (1999, p.114), “(...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta.” Ainda segundo a mesma autora, é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. A investigação, por outro lado, ao ser aplicada ao ser humano pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, (Fortin 1999, p.116) sendo assim importante ter em consideração as premissas para proteger as mesmas. De acordo com os códigos de ética, distinguem-se cinco princípios ou direitos fundamentais aplicados aos seres humanos:

- Direito à autodeterminação: “Qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”;
- Direito à intimidade: “Liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade: “É respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”;
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: “Regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”;
- Direito de um tratamento justo e equitativo: “Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para qual é solicitada a participação da pessoa... estas informações são essenciais a um consentimento ou uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na actividade de investigação”. (FORTIN, 1999, p.116-118)

Na persecução da aquisição dos conhecimentos, com a realização deste trabalho, foram respeitados os limites da ética, valorizando-se o respeito pela pessoa e protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E QUESTÕES EMERGENTES

Neste estudo ao procurar conhecer o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no Bloco de Partos, fui tendo noção do grande número de factores que se encontram envolvidos, e que podem influenciar essas opiniões. Deverá ainda acrescentar-se que é extremamente difícil controlar as variáveis que interferem em estudos desta natureza, pelo facto de a opinião implicar percepções e estas estarem sempre impregnadas de alguma subjectividade.

Tendo isso em consideração, enuncio alguns factores que, sob o meu ponto de vista podem ter influenciado os resultados deste estudo:

- Realização de Diários de Campo, apenas a 2 mulheres dado a escassez de tempo para análise de mais dados, enquanto método de colheita de dados;
- A escassez de trabalhos encontrados para Revisão da Literatura, e maioritariamente noutras línguas que não o português, atrasando a leitura e compreensão por pouco domínio sobre as mesmas.

Ainda assim, espera-se que os dados encontrados na pesquisa, possam contribuir para a Enfermagem e para a Saúde, no desenvolvimento teórico, propiciando a ampliação dos conhecimentos sobre o acolhimento, além de contribuir para a sensibilização e consciencialização dos profissionais de saúde envolvidos em práticas humanizadas.

De entre a bibliografia consultada, pude verificar que, além de ser um assunto que mexe com percepções, comportamentos, sentimentos, atitudes e representações, implicam também tomadas de decisão por parte dos profissionais de saúde.

Sendo os resultados deste estudo relevantes para a prática de cuidados de enfermagem onde foi realizado, seria pertinente a sua apresentação a equipe de enfermagem, de modo a definirem-se mais estratégias conjuntas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Considero ainda, de tamanha importância, a realização de outros trabalhos sobre a mesma temática, tais como: a aplicação de um questionário de opinião sobre a satisfação do acolhimento efectuado no BP na perspectiva da grávida/família e na dos profissionais ou um estudo sobre a adesão dos enfermeiros na aplicação da norma de procedimento/guia de acolhimento.

8. CONCLUSÃO

A enfermagem é uma arte e uma ciência cuja essência e especificidade é cuidar do ser humano. Tem sido notório ao longo dos tempos a aposta dos enfermeiros na sua formação académica e profissional, traduzida no “desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.8).

É com base nesta exigência crescente a nível da profissão que se torna fundamental a busca incessante de conhecimentos que reforcem a sustentação teórica e fundamentada dos cuidados de enfermagem. Este corpo de conhecimentos fornece a base para o exercício profissional não esquecendo que, sendo o ser humano o objecto do cuidar, é importante atender ao cliente como um todo, na sua dimensão holística, tornando a profissão de enfermagem num desafio para quem o desenvolvimento pessoal e profissional se impõe como uma forma de ser e estar.

Inserido no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, a elaboração deste trabalho contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, alertando-me para diversos aspectos importantes na primeira abordagem ao cliente/família em ambiente hospitalar – Bloco de Partos.

Através da seguinte questão *Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP?*, criei a oportunidade de desenvolver competências enquanto futura EESMOG descritas pela OE, mais específicas na área relacional implicada no acolhimento. Isto porque, o acolhimento é um cuidado de enfermagem que engloba uma vertente relacional muito intensa, tornando-se fundamental que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e capacidades nas áreas da comunicação e relação de ajuda que lhes permitam atender cada cliente de forma personalizada.

Para que estas Estratégias tenham sucesso na sua implementação, é imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda com a grávida e família. Tal é conseguido, segundo Hesbeen, tendo por base o respeito pela pessoa, “caminhando” com ela, sendo para isso, necessário que o profissional conjugue em si:

“oito elementos: calor – o prestador de cuidados é percebido como um ser caloroso (...); escuta – que permite acolher a palavra do outro (...); disponibilidade – permite (...) mostrar que está ali, presente a tal pessoa, revela uma atenção particular, (...) escuta serenamente (...), responde às perguntas, identifica as inquietações; simplicidade – caracterizada tanto por um comportamento como pelo recurso a uma linguagem acessível (...); humildade – um profissional consciente dos seus limites, que tem a ambição de prestar ajuda sem ter a pretensão de tudo dominar e de tudo querer saber (...); autenticidade – um

profissional que exerce a sua profissão com verdade para consigo e (...) com verdade na relação que mantém com os outros; humor – permite não tornar pesada uma situação, mesmo dramática ou difícil (...); compaixão – permite (...) partilhar o sofrimento do outro (...), aligeirando assim o fardo carregado pelo doente e os seus familiares”.

(HESBEEN, 2000, p.103-104)

Considero, que a realização do EC em bloco de partos constituiu uma excelente oportunidade de conciliar os meus interesses académicos aos meus interesses profissionais; na medida em que desenvolvi um trabalho que trouxe visibilidade aos cuidados de enfermagem praticados nesse serviço e em simultâneo permitiu consolidar a teoria apreendida com a prática. Como refere Benner (2001, p.32) “a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever” mas apenas o saber não é suficiente para produzir conhecimento, “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) ”.

Ao longo do Estágio planei objectivos, estratégias e actividades que foram desenvolvidas, sustentadas pela evidência científica e pelas necessidades identificadas na prática e mediante a utilização de recursos, permitiram a aquisição/desenvolvimento de competências de EESMO. Sabendo que, o título de EESMO confere ao profissional uma maior competência técnico-científica e relacional na prestação de cuidados de enfermagem especializados na sua área, pretendo desenvolver os conhecimentos adquiridos até atingir o grau de perito que segundo Benner (2001, p.58) é definido por ter “(...) uma enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estereis. (...) age a partir da compreensão profunda da situação global.”

Com o estudo elaborado, concluo que no acolhimento em ambiente hospital, tanto clientes como profissionais realçam as interacções pessoais como um ponto essencial. O acolhimento adequado é de responsabilidade de toda a equipe de saúde que deverá desenvolver competências relacionais assentes no cuidar humano e na capacidade de comunicação, fundamentalmente saber ouvir, orientar e informar.

Agradeço a disponibilidade e receptividade das equipas de enfermagem, por ter sido muito importante e determinante na prossecução dos meus objectivos enquanto mestrande, e por me terem ajudado a alcançar no estágio com relatório um desempenho merecedor de classificação final – Excelente (*Anexo I*).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKTINSON, L.D.; MURRAY, M.E. (1989) - **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de aprendizagem**. Rio de Janeiro: Guanabara.
- BARBARA, Freese T.; TOMEY , Ann M.; ALLIGOOD, Marta R. – Modelo de Sistemas: Teóricas de Enfermagem – 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6. p.335-375.
- BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, ISBN 972-8535-97- X. p294.
- BERBAUM, Jean (1993) – **Aprendizagem e formação**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34105-X.
- BOTELHO, José Rodrigues (1998) – Contributos da Formação Profissional Contínua para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Revista Servir**. Lisboa. ISSN: 262-266. Nº5.
- BUSQUETS, S.M. (1991) - **Aspectos psicologicos en la acogida del paciente al hospital**. Todo hospital.[s.n/s.l] p.17-22.
- CANAVARRO, Maria Cristina [et al] (2001) – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5.
- CARDOSO, A.; PINTO, P. (2002) - Acolhimento do doente no hospital – Cuidado de Enfermagem. **Nursing**. Lisboa. Outubro 2002. p.11-14.
- CASTANHEIRA, A. (2001) - **Internamento e Estatuto Social: Percepções dos Doentes/Enfermeiros**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende e Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, Março. Tese de Licenciatura.
- CASTRO, L.; RICARDO, M. (2003) - **Gerir o Trabalho de Projecto**.7ª ed. Lisboa: Texto Editora.
- CHALIFOUR, J. (1989) - **La relation d' aide en soins infirmiers- une perspective holistique/ humaniste**. Montreal : Gaetan Morin Editeur.

COSTA, J. ; MELO, A. (2004) - **Dicionário de Português**. 3ª ed. Porto: Porto Editora. p.24, p.187.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª Série-A – Nº 60 – 24 de Março de 2006. Capítulo III, Artigo 15º. **Grau de Mestre**. Pág. 2246 – 2249. Acedido a 06/06/11. Disponível em http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª Série - Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Regulamento Nº 122/2011, pág. 8648 – 8666. Acedido a 06/06/11. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS – Aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro.

FONSECA, S.C.L; VIDEIRA, A.P.V (2002). - Como informar em meio hospitalar?. **Revista Nursing**. Lisboa. Nº 168. p.31-33. ISSN 0871- 6196.

FORMARIER, M. (1984) – **L' enfant hospitalisé, au coeur de soins infirmiers**. Paris : Editions du Centurion.

FORMARIER, M. (2003) - **Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. Recherche en soins infirmier**.[sn/sl]. p.15-20.

FORTIN, Marie-Fabien (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.

GOUVEIA, M.O. (1992) - **Grau de satisfação dos utentes face ao acolhimento dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lagos**. Lisboa: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do curso de Administração dos Serviços de Enfermagem.

HESBEEEN, W. (1998) - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência. p.13.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies For Basic Midwifery Practice**. Acedido a 22/06/2011. Disponível em http://Www.Internationalmidwives.Org/Portals/5/Documentation/Essential%20compsenglish_2002-Jf_2007%20final.Pdf.

JULIA B. George [et al] (2000) – **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à Prática Profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artred Editora, ISBN: 85-7307-587-2. p.226-240.

LEITE, E.; Malpique, M., SANTOS, M. (1991). **Trabalho de Projecto**. 2ªed Edições Afrontamento. p.75-81.

LAZURE, H. (1994) - **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e pratica de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Português de Matéria Didáctica, Lda. p.215.

LERMEN, Lilliane [et al] (2005) – **A Humanização e o Acolhimento no Processo de Cura**. Acedido a 12/05/11. Disponível em <http://www.pr5.ufrj.br> 12-05-2011 às 22:30.

LOPES, Manuel – A natureza dos cuidados de enfermagem. **Sinais Vitais**. Lisboa. Nº 30. p. 35-42.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures:Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA – Regulamento Geral de 2010/2011. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

MOREIRA, C.; CASTANHEIRA, I.; REIS, T. (2003) - Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? - **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. p.27-36.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Desenvolvimento profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem Fundamentos e Proposta de Sistema**.

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf 12-05-2011 12:17.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa. Outubro 2010. p.4-6.

PHANEUF, M. (2005) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. p.324.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA – Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro. [S.I.]: Diário da República, 2ª série Parte E 35, 18.02.11.p.8648-8653.

ROPER, N. et al - **Modelo de Enfermagem** . 3ª Ed. Lisboa: McGraw Hill, 1995.

ROXO, J. (1989). O Enfermeiro e o Hospital – V Jornadas para Enfermeiros. **Servir**. Lisboa. (Jan. /Fev. 1989). p.8-14.

SERRANO, Pedro (1996) – **Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos**. Lisboa Relógio d'Água Editores. ISBN 9789727083008.

SFAP (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos) (2000) - **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos – «Cuidar»: ética e práticas**. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. p.79.

TAYLOR, C.M. (1992) - **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

VITÓRIA, M.C. (2001) - Aspectos que influenciam a percepção do doente, face ao acolhimento prestado. **Revista de Enfermagem Oncológica**. Lisboa. ISSN 0873- 5689. n° 19. p.32- 40.