

A EXPERIÊNCIA DE SER CUIDADA NA SALA DE PARTOS

Emília de Carvalho Coutinho *

Palavras-chave: cuidar, ser cuidada, parturiente, relação de ajuda



O TOQUE HUMANO

*É o toque humano que conta neste mundo
O toque da tua mão e da minha
Que significa muito mais para o coração
fragilizado
Que o abrigo, o pão e vinho
Porque o abrigo vai-se quando a noite acaba
E o pão dura apenas um dia
Mas o toque de uma mão e o som da voz
Cantam para sempre na alma*

Spencer Michael Free

1 - INTRODUÇÃO

Quando a consequência dominante é a mudança rápida, torna-se imperativo a clarificação do cuidar, actividade tão central e sensível a todo o ser humano, despertando no homem um saber que lhe permita dirigir o processo de mudança, para não ser destruído por ele (Mayeroff, 1971). “*Hoje caminha-se para novo paradigma a que Boaventura Sousa Santos chama o paradigma emergente e acredita-se que todo o conhecimento científico é natural e social, é auto-conhecimento íntimo e compreensivo, total e local, que visa construir-se em senso comum*” (Freitas, 1995:4).

Benner e Wrubel (1989) defendem que o cuidar é fundamental como factor de crescimento humano. Por um lado, para a pessoa que se sente frágil, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza, a ajuda, o interesse comunicam-lhe energia para continuar a viver e a ultrapassar os obstáculos da vida; por outro lado a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do

* Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Viseu, ISPV

outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo, a comunicação, um papel importante na interação.

“Dar à luz” é sem dúvida uma nova etapa na vida de cada mulher. A situação implica um certo estado de dependência parcial, facto que associado a cada vivência, constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes.

Durante o trabalho de parto, a mulher atravessa consideráveis transformações físicas: as contracções uterinas e mais tarde os músculos abdominais, são responsáveis pela dilatação do colo (período de dilatação), pela expulsão do feto (período expulsivo), pela saída da placenta e membranas (período de dequitação) e pelo retorno do organismo às posições iniciais (pós-parto imediato). Quando as contracções atingem determinada intensidade, provocam dor, a qual varia de mulher para mulher, consoante o seu próprio linear dolorígeno (Mendes, 1991), sendo determinante a responsabilização dos vários elementos da equipa de saúde, especialmente o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica (pelo facto de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente) por uma verdadeira e eficaz relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto.

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados. De alguém com quem falar, de alguém que a ouça activamente (Gandara e Lopes, 1994), ou então simplesmente que lhe segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha.

Benner e Wrubel (1989) com o seu modelo de relação de ajuda facilitam-nos a compreensão da experiência do parto, devendo atender-se, obviamente, às características culturais de cada parturiente.

2 - O PAPEL DE AJUDA À PARTURIENTE

Para a pessoa que se sente frágil, com medo, insegura, e a sofrer, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza e o interesse, comunicam-lhe energia para continuar a viver. Receber cuidados humanizados ajuda a crescer humanamente, a ser mais profundo, a ser capaz de ajudar os outros (Benner e Wrubel, 1989).

Assim e de acordo com Benner e Wrubel (1989) é **necessário criar um clima propício para o estabelecimento de uma relação recíproca** -Esta relação gera condições de confiança que capacitam a pessoa a apropriar-se da ajuda oferecida, e a

sentir-se cuidada – reciprocidade. Para isso, quem cuida tem de se envolver e estar em sintonia com quem é cuidado, sendo fundamental a comunicação verbal e não verbal estabelecida entre ambos (Benner e Wrubel, 1989). *Na qualidade de membro de uma certa cultura*, (a parturiente) *toma parte da comunicação, como o músico toma parte da orquestra* (Bateson et al,1990:6). Logo no primeiro encontro o enfermeiro deve apresentar-se à parturiente, tratá-la pelo seu nome; apresentá-la a outros profissionais, apresentar-lhe o serviço, informá-la sobre horários (Lazure, 1994) etc.

Este primeiro contacto na unidade é determinante, podendo dar-se início a uma relação de ajuda, cumplicidade, reciprocidade ou, pelo contrário, levar a um desajuste de relacionamento que irá afectar a parturiente de forma negativa, durante todo o internamento (Zieguel e Cranley, 1985). É importante que a parturiente acredite nos profissionais de saúde e em si própria, para que numa verdadeira relação terapêutica, de amizade e companheirismo, vivencie uma experiência de vida, de prazer e amor.

Swanson (1991) acredita que o enfermeiro que cuida do outro, o ajuda a manter a esperança e a acreditar que consegue ultrapassar os momentos difíceis alcançando os seus objectivos. O enfermeiro tem de ser verdadeiro com o cliente, não alimentando falsas expectativas, mas procurando que o momento seja encarado como uma passagem para um futuro com significado.

O enfermeiro também deve providenciar medidas de conforto e preservar a privacidade em presença de sofrimento e enfraquecimento extremo -O enfermeiro deve assegurar o conforto do doente/parturiente e preservar a sua personalidade, face à dor e a um estado de debilidade (Benner, 1982). *“Fazer pelo outro aquilo que ele ou ela fariam se fosse de todo possível”* (Swanson, 1991:164). Com a progressão do trabalho de parto, as energias vão-se esgotando, a dor provoca angústia levando por vezes a parturiente a situações extremas, pelo que o enfermeiro deve confortar a grávida, estabelecendo uma relação de ajuda no sentido de aliviar o seu sofrimento, a sua dor, respeitando-a e proporcionando-lhe a privacidade desejada, a qual poderá ser entendida mesmo com a presença do marido/acompanhante, se for o seu desejo.

O enfermeiro deve estar presente -Estar com a parturiente, que *“é estar emocionalmente com o outro”* (Swanson, 1991:163).

Estar com a parturiente é estar lá emocionalmente envolvido no evoluir da sua situação, conduzindo a uma eficácia progressiva, partilhando sentimentos bons e maus; é mostrar disponibilidade, permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atentamente (Swanson, 1993), de modo a que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro. A presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida da pessoa cuidada (Swanson, 1993); é não sobrecarregar a parturiente, não a oprimir, orientando a

presença e a partilha por uma conduta responsável (Swanson, 1991). Contudo, como a autora refere, a presença pode ocorrer mesmo durante a ausência física. **O enfermeiro deve maximizar a participação da parturiente e o controle da sua recuperação** - Deve otimizar a sua participação colaborando ela própria (Benner, 1982), na evolução normal do trabalho de parto, sem descontrole emocional que possa provocar regressões na evolução do mesmo (Mendes, 1991).

E consegue-o através da informação e da explicação de como está a evoluir o trabalho de parto, motivando para uma respiração adequada e exercícios de relaxamento, permitindo uma maior participação da mulher no trabalho de parto, e gerando alternativas em termos comportamentais e emocionais, oferecendo optimismo realista num momento em que a parturiente possa sentir desalento.

Watson fomenta esta ideia, quando afirma que o enfermeiro deve reforçar a fé, esperança e potencial em si próprio e na pessoa que cuida, fé essa que pode ser potenciada em algo ou alguém além dela própria (Simeão, 1993) como no filho que vai nascer.

O enfermeiro deve interpretar formas de sofrimento e seleccionar estratégias apropriadas para lidar e controlar o sofrimento - Interpretando o tipo de dor e avaliando a evolução do trabalho de parto, o enfermeiro escolhe as melhores estratégias para a controlar, como diferentes tipos de respiração consoante a fase em que se encontra a parturiente, ou outra estratégia adequada ao momento experienciado. “*A escolha da estratégia apropriada ao bom momento faz parte integrante do domínio de competência da enfermeira*” (Benner 2001:87). Swanson, (1993) acredita que o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. O objectivo dessa compreensão informada é seleccionar as estratégias mais adequadas para resolver aquele problema da parturiente, que é o sofrimento. Frequentemente a mulher em trabalho de parto queixa-se de dores na região sagrada, para além das contracções uterinas e de cansaço, dizendo sentir-se esgotada e sem forças para continuar. Interpretando a situação de cada parturiente o enfermeiro deve substitui-la de acordo com o seu grau de dependência: A) nos cuidados físicos, B) executando massagens, C) aconselhando ou ajudando em mudanças de decúbito, evitando contudo o decúbito dorsal -o peso do útero comprime a veia cava e a aorta, provocando comprometimento circulatório com risco de hipóxia fetal (Rezende, 1982), D) permitir o caminhar, caso seja possível: 1) ausência de rotura da bolsa de águas, pelo risco de prolapso do cordão 2) não apresentar perdas hemáticas, pelo risco de placenta prévia, 3) ausência de descolamentos placentários, 4) ou que não lhe tenha sido administrada medicação sedativa, pelo risco de perdas de equilíbrio (Rezende, 1982), E) também na satisfação de outras necessidades, estabelecendo uma

comunicação terapêutica interpessoal (Swanson, 1993), promovendo a descontração da grávida concentrando-se no relaxamento muscular e na respiração adequada à sua situação, com o objectivo de controlar o seu sofrimento “..., *é possível reduzir a actividade cerebral com a participação neuromuscular adequada, ensinando um condicionamento no relaxamento aos desconfortos das contracções uterinas*” (Mendes, 1995:85).

O enfermeiro deve providenciar conforto e comunicação através do toque

-Em obstetrícia o toque pode ter várias interpretações e significados, no entanto podemos transmitir conforto, e essa transmissão já é comunicação, que, no momento oportuno, pode ser extremamente útil (Veladas, 1997). “*O poema de Free ilustra a natureza transitória do mundo externo, demonstrando a última impressão do toque humano existencial, que transcende o físico*” (Sherwood, 1991:87).

Diz o poeta ...*mas o toque de uma mão e o som da voz cantam para sempre na alma*. Por vezes dizemos que o silêncio fala por si, neste caso dizemos que as palavras falam por si. O toque terapêutico enquanto actividade autónoma dos enfermeiros, da sua iniciativa, poderia ser desenvolvido como uma actividade profissional (Basto, 1992). Se bem que nem sempre estas (e outras) estratégias resolvam o problema do utente (Gandara e Lopes, 1994). Acreditamos no entanto que em grande número de situações, como é o caso de uma mulher em trabalho de parto, o toque não só lhe transmite conforto, como lhe comunica que não está sozinha naquele momento difícil. É também mostrar disponibilidade, para que a utente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro (Swanson, 1993), é participar com o outro dando-se na relação (Mayeroff, 1971).

O enfermeiro deve providenciar suporte emocional e formacional aos familiares da utente

-É dar suporte afectivo e informar as famílias relativamente à evolução (Benner, 1982) do trabalho de parto. Para além de fornecer informação e apoiar emocionalmente os familiares, a presença do marido/acompanhante durante o trabalho de parto é importante para diminuir os níveis de ansiedade de muitas grávidas. O aumento de informação a respeito da assistência à maternidade (Lei 4/84), levou muitos casais a assumirem um papel de participação activa de assistência à grávida, durante a gravidez e o parto, pelo que cabe ao enfermeiro: permitir a presença de acompanhantes sempre que possível; informar o casal dos condicionalismos da instituição na permanência do acompanhante; orientar o acompanhante nas atitudes a tomar para um melhor aproveitamento da sua presença; e preservar a intimidade do casal (Rezende, 1982).

O enfermeiro deve informar e esclarecer os familiares para que estes possam dar também suporte à parturiente a cuidar de si própria e a determinar as suas próprias necessidades, promovendo o seu crescimento pessoal (Fazenda et al, 1993). O

acompanhante quando esclarecido, pode ser uma ajuda preciosa para a parturiente, fazendo massagens, proporcionando um ambiente fresco agitando um leque, segurando-lhe simplesmente na mão, etc..

O enfermeiro deve orientar a parturiente através do desenvolvimento das alterações emocionais -Encaminhá-la para as mudanças / transformações que necessariamente ocorrerão a vários níveis. O enfermeiro deve orientar, educar servir de intermediário (Benner, 1982).

A mulher grávida e em trabalho de parto torna-se mais frágil e vulnerável, evidenciando-se o medo, a ansiedade e a insegurança.

A parturiente fica extremamente perspicaz ao tom de voz, à comunicação não verbal, como as expressões faciais, ao desinteresse ou falta de entusiasmo daqueles que a rodeiam, mas também ao interesse genuíno (Zieguel e Cranley, 1985). *Uma intervenção poderá ser vista como um atentado ao pudor, se a acção não se fizer acompanhar de mensagens de ajuda* (Coutinho e Ferreira, 2002:43). Daí ser bastante importante mostrar disponibilidade, explicando previamente todos os procedimentos e ocorrências normais ao desenrolar do trabalho de parto, bem como ensinar as técnicas de relaxamento e respiração aumentando a descontração e o sentimento de confiança da parturiente.

O enfermeiro deve usar da melhor forma o conhecimento, facilitando a capacidade do outro para crescer, deve assistir o outro, compreendendo e avaliando os seus sentimentos (Swanson, 1991); deve permitir o outro a ter a sua própria experiência; focalizar-se nas preocupações do outro, dar atenção e assisti-lo a centrar-se em decisões importantes; gerar alternativas reflectindo, guiá-lo a pensar completamente nas decisões (Swanson, 1993). *“A pessoa que recebe cuidados é que sabe o que sente e o que precisa, mas quem a cuida deve ajudá-la a clarificar os sentimentos e a cooperar com ela na mudança”* (Fazenda et al, 1993:9).

3 - CONCLUSÃO

A atitude da mulher face à maternidade é bastante variável, existindo contudo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de cada sociedade. A todas as parturientes se colocam dúvidas e receios, atravessando-as o medo do desconhecido; o medo de ter um filho defeituoso ou nado-morto; o medo das dores do parto (Mendes, 1991).

São pessoas que precisam de nós, que se sentem ou não fragilizadas, que vivem ou não experiências de sofrimento.

Com o desenrolar do trabalho de parto e parto, a parturiente pode libertar-se das dores do parto, mas não da experiência de as ter sentido, sendo determinante,

contudo, o que os enfermeiros peritos podem fazer de diferente, (Benner, 1982), na forma como a pessoa vivencia esse sofrimento.

O enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada quer para compreender a experiência do sofrimento (Benner e Wrubel, 1989), quer o significado que a parturiente imprime a essa experiência, devendo seleccionar estratégias apropriadas para lidar e controlar esse mesmo sofrimento (a relação terapêutica, o toque, a respiração, técnicas de relaxamento...).

O acto de ajudar impõe exigências como dar do seu tempo; dar da sua competência; dar do seu saber; dar do seu interesse; dar da sua capacidade de escuta e compreensão. Em conclusão como diz Lazure (1994), dar um pouco de si porque não podemos dissociar a relação de ajuda, das intervenções de enfermagem, visto que cuidar é ajudar. Não nos podemos esquecer que a principal razão da relação terapêutica, é a ajuda que ocorre da mesma.

Mayeroff (1971) diz que, cuidar o outro é ajudá-lo a crescer, e é através do crescimento do outro que eu também cresço, pelo que cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer, na medida em que a ajuda a ultrapassar uma situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive.

É por pensar nos outros e em nós mesmos enquanto classe profissional que nos devemos definir, que devemos crescer porque se “a profissão não consegue firmar uma identidade, tão pouco encontra segurança para argumentar e defender uma política que assegure a autonomia” (Meyer, 1988:69). Como referem Benner e Wrubel (1989) a teoria é somente um esqueleto simplificado da realidade, e a excelência adquire-se na prática.

BIBLIOGRAFIA

BASTO, Marta Lima – Interacção enfermeira – doente hospitalizado. “*Nursing*”, Lisboa, ano 5 (49) Fevereiro, 1992, pág. 6-9.

BATESON, Gregory; e tal – *La nueva comunicación*. 3ed. Barcelona: kairós, 1990

BENNER, Patricia; WRUBEL, Judith- *The primacy of caring: stress and illness*. NewYork, 1989.

BENNER, Patrícia – From Novice to Expert – “*American Journal of Nursing*”, nº 82, Março 1982. Tradução de António Manuel V. A. da Silva.

BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito. Coimbra: quarteto, 2001.

COLLIÉRE, Marie Françoise - *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

- COUTINHO, Emília; FERREIRA, Manuela –O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda. *Sinais Vitais*, Coimbra, nº 40, Janeiro 2002, pág 42-44.
- ENGERBRETSON, Joan – A multiparadigm approach to nursing. “*Advanced Nursing Sciences*”, 20(1) September, Aspen Publishers, 1997, pág. 21-33.
- FAZENDA, M. et al. – Estudo do Modelo de Jean Watson. “*Nursing*” Ano 6 (67), Agosto 1993, pág. 9-15.
- FREITAS, Marília Viterbo – 5ª Conferência de Investigação em enfermagem. “*Enfermagem*”, Lisboa, nº 6, Outubro/Dezembro, 1995, pág.4-5.
- GANDARA, M. N; LOPES, M.A.P. – Cuidar a enfermagem. “*Enfermagem em foco*” e “*SEP*”, Ano IV, nº 16, Agosto/Outubro 1994, Pág.40-46.
- GEORGE, Júlia; et al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- KÉROUAC, Suzanne; et al - *El pensamiento enfermero*. Barcelona. Masson, S.A.; 1996
- KIERKVOLD, Marit – Investigação Integradora: uma estratégia para o maior desenvolvimento da ciência de enfermagem e da prática de enfermagem. “*Enfermagem*”, Lisboa, nº 6, Outubro/Dezembro, 1995, pág.17-27
- KITSON, Alison – Formalizing concepts related to nursing and caring in KITSON, Alison – “*Nursing: Art and Science*”, London; Chapman et Hall, 1993, pág. 25-47
- LAZURE, Héléne – *Viver a relação de ajuda*. Lisboa, Lusodidacta, 1994.
- LEININGER, M. – *Nursing and anthropology: two worlds to blend*. New York, John Wiley & Sons, 1970.
- LOPES, Noémia Mendes – Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. “*Enfermagem*”, Lisboa, nº 6, Outubro/Dezembro, 1995, pág.34-39
- MARRINER, Ann – *Modelos e teorias de enfermeria*, Barcelona, Ed. Rol, 1989.
- MAYEROFF, Milton - *On caring*. New York: Harper Perennial , 1971.
- MACFARLANE, Jean – *Importância de los modelos para el cuidado*, in KERSHAN, Betty; SALVAGE, Jane – *Modelos de enfermeria*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1988.
- MENDES, Mário Luiz - *Curso de Obstetrícia*. Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC, 1991.
- MEYER, Dagmar Estermann; et al – *Marcas da Diversidade: Saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- MORSE, Janice; et al - Concepts as caring and caring as a concept. “*Advanced Nursing Sciences*”, September, 1990.
- NIGTHINGALE, Florence. *Notas sobre enfermagem*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- PHANEUF, Margot – *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*– Coimbra, Edição do cuidar, 1995 – Tradução de Nídia Salgueiro.
- REZENDE, Jorge – *Obstetrícia* – 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara, 1982.

RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e Tratar : Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio - moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995

ROACH, Sister M. Simone – *The call to consciousness: compassion in today's health world*, in GANT, Dolores A.; LEININGER, Madeleine M. – “*Caring: the compassionate Healer*”. New York, Gant e Leininger Editors, 1991.

SHERWOD, Gwen – *Expressions of Nurse's caring: the role of the compassionate Healer*, in GANT, Dolores A.; LEININGER, Madeleine M. – “*Caring: the compassionate Healer*”. New York, Gant e Leininger Editors, 1991.

SIMEÃO, Maria José. Análise do modelo conceptual de enfermagem de Jean Watson. “*Servir*”. Lisboa, vol. 41, nº 5, Set. / Out. 1993. Pág. 260 - 270

SWANSON, Kristen M. - Empirical development of a middle range theory of caring – “*Nursing Research*”, vol. 40 (3), Maio - Junho, 1991, pág. 161 - 166.

SWANSON, Kristen M. - Nursing as informed caring for the well-being of others – “*Journal of Nursing Scholarship*” Vol. 25 (4), - Maio 1993, pág. 352 - 357.

VELADAS, Maria M.O. Néné – *Ajudar na sala de partos*. Lisboa, Lidel, 1997.

WALDOW, Vera Regina; et al – *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

WATSON, Jean - *Nursing: Human science and human care - a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1989.

ZIEGUEL, Erna; CRANLEY Mecca; *Enfermagem Obstetrícia*, 8ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1985.