

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA INTERAÇÃO ENTRE
O AGENTE DE ENFERMAGEM E A CLIENTE OBSTÉTRICA

Sonia Maria Motink Agostini

Orientadora: Dra. Ernestine Maurer Bastian

PORTO ALEGRE, 1983

*"Durante os nove meses
desde a concepção
até o parto, o
funcionamento interno
da mulher chama a sua atenção
como em nenhuma outra ocasião
e de uma forma que nenhum
homem poderá jamais
experimentar."*

Christopher Macy

Ao
Luciano,
Leandro e
Daniela

pelo seu amor e compreensão.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO	VIII
ÍNDICE DE ANEXOS	X
DEFINIÇÃO DE TERMOS	XI
RESUMO	XII
SUMARY	XIII
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - REVISÃO DA LITERATURA	5
3 - OBJETIVOS	20
4 - METODOLOGIA	21
4.1 - Atividades Preliminares	21
4.1.1 - População	23
4.1.2 - Procedimentos	23
4.1.2.1 - Treino das Observadoras	23
4.1.2.2 - Local de Observação	24
4.1.2.3 - A Observação	24
4.1.2.4 - Instrumento de Observação	25
4.2 - Tratamento Estatístico	30
5 - RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO	31
6 - CONCLUSÕES	78
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
8 - ANEXOS	88

A várias pessoas cabe aqui um agradecimento, entre elas:

- aos Professores Luiz Carlos de Mesquita Rothmann e Lygia T. de Mesquita Rothmann, da UFRGS, que nos iniciaram na carreira universitária e pelas lições de humanitarismo que nos transmitem;
- à Dra. Ernestine Maurer Bastian, da USP, nosso carinho e respeito, pelas suas orientações seguras, apoio e compreensão que possibilitaram a conclusão desta pesquisa;
- à Dra. Maria Elena da Silva Nery, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, pelo pioneirismo e estímulo de nossa profissão;
- à Dra. Olga Rosária Eidt, Diretora da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo seu incentivo;
- à Dra. Eunice Xavier de Lima, da UFPel, pelas preciosas sugestões;
- à Estaticista Maria de Lourdes Jardim e sua equipe, pela brilhante análise estatística dos dados;
- a Liz Rosane Machado da Fontoura, Regina de Castro Mendel, Esther Ribas e Lucia Regina Backes, alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, pela eficiência na coleta dos dados;

particularmente:

- à Enfermeira Anna Maria Hecker Luz, Mestre em Enfermagem Materno-Infantil da UFRGS, não só colega, mas sempre amiga;
- a Amalia Maria de Vargas, Secretária da Escola de Enfermagem da UFRGS, que nos acompanha com carinho e amizade;
- à Enfermeira Emilia da Silva Santos, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto, pela UFRGS, nestes longos caminhos profissionais;
- aos meus pais Miguel e Ondalina, aos quais as palavras não podem expressar o que sinto;
- aos meus filhos Luciano, Leandro e Daniela, aos quais dedico este trabalho; e
- ao Irineo, pelo seu amor e companheirismo.

ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO

TABELA	I - Distribuição das expressões de "1º contato" e de "Presença sem queixas", segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - 1982, RS	32
TABELA	II - Distribuição das expressões de sofrimento, segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - 1982, RS	35
TABELA	III - Distribuição das expressões de medo sobre o filho e o parto, segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - 1982, RS	38
TABELA	IV - Distribuição das expressões genéricas sobre a gravidez, segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - 1982, RS	42
TABELA	V - Distribuição das expressões técnicas realizadas, segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - 1982, RS ..	47

TABELA	VI	-	Distribuição das expressões de expectativa sobre o filho, segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - 1982, RS.	49
TABELA	VII	-	Tipos de interações, segundo as expressões observadas - 1982, RS	51
TABELA	VIII	-	Tipos de interações, segundo o tempo e segundo o número de Agentes - 1982, RS	60
TABELA	IX	-	Tipos de interações, segundo o número de Agentes - 1982, RS	64
TABELA	X	-	Tipos de interações, segundo o tempo de permanência, total geral e número de clientes atendidas por intervalo de tempo - 1982, RS	68
QUADRO	I	-	Proporção de Agentes de Enfermagem por Cliente Obstétrica durante a interação - 1982, RS..	77

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Ofício requerimento ao Conselho Regional de Enfermagem - Rio Grande do Sul (COREN-RS)	89
ANEXO I-A - Relação dos hospitais de Porto Alegre	90
ANEXO II - Ofício requerimento aos hospitais que possuem Maternidade em Porto Alegre, RS	92
ANEXO III - Instrumento para levantamento dos serviços de Saúde que possuam Unidade Obstétrica (Maternidade)	93
ANEXO IV - Instrumento para avaliação da interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica - Porto Alegre, RS	95

DEFINIÇÃO DE TERMOS

AGENTE = tudo o que opera; causa; corpo que provoca uma reação sobre tudo ...

CLIENTE = pessoa protegida; doente, em relação ao seu médico; freguês.

PACIENTE = resignado; sofredor; manso; pessoa que padece ou vai padecer; doente; vítima de abuso ou ilegalidade do poder; aquele que recebe a ação praticada por um agente.

RESUMO

Trata o presente estudo de uma pesquisa descritiva, desenvolvida em um hospital de ensino na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, durante o mês de fevereiro de 1981, tendo como população-alvo os elementos da equipe de enfermagem, que passamos a denominar AGENTE DE ENFERMAGEM. Foram aplicados noventa e nove instrumentos de observação, com o objetivo de verificar: 1) a frequência de interações entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica durante os procedimentos de admissão para o parto; 2) se o tempo empregado e o número de agentes modificam a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica; e 3) se a quantidade de tempo, em minutos, influi no número de interações. Os dados foram analisados, utilizando-se as estatísticas de frequência, percentual, teste exato de Fischer e o teste de qui-quadrado. Pelos resultados da análise dos dados obtidos, verificou-se que: a) há associação entre os diversos aspectos observados e o tipo de interação ocorrida; b) não há associação entre as variáveis tempo e tipo de interação; c) há associação quando consideramos o tempo, o tipo de interação e o número de Agentes; e d) não há associação entre o número das interações completas e as variáveis tempo e Agente de Enfermagem.

SUMMARY

The present study deals with a descriptive research developed at a teaching hospital in Porto Alegre - Rio Grande do Sul, during the month of February, 1981, having as its target population the elements of the nursing team, which we shall hereinafter call NURSING AGENT. Ninety-nine instruments of observation were applied, to the purpose of establishing: 1) the frequency of interactions between the Nursing Agent and the Obstetric Client during hospital admission procedures for labor; 2) whether interaction between Nursing Agent and Obstetric Client is modified by the time employed and number of Agents; and 3) whether the amount of time, in minutes, affects the number of interactions. The data was analyzed through the use of statistics of recurrence, percentage, Fischer's exact test and chi-square test. Analysis of the data shows that: a) there is association between the several aspects observed and the type of performed interaction; b) there is no association between variables time and type of interaction; c) there is association when time, type of interaction and number of Agents are considered; and d) there is no association between the number of completed interactions and variables time and Nursing Agent.

1 - INTRODUÇÃO

"Houve um tempo, que de tão longínquo quase se perde na memória dos homens, em que ter um filho era um gesto solitário e natural, simples e tranquilo.

À medida que o homem evoluía, as coisas iam se complicando, o parto passou a ser encarado como algo doloroso, sofrido, quase angustiante ..."

(Autor desconhecido)

Sabemos ser uma preocupação constante e não só em nossa Nação - o bem-estar dos indivíduos assim como de suas famílias.

Nossa atuação, de formadores de profissionais de Saúde, levou-nos a agir com indivíduos do grupo materno-infantil, ou seja, mulheres em idade fértil, gestantes, parturientes, puérperas, crianças e adolescentes. Este grupo abrange 70,98% da população brasileira, sendo prioridade as ações integradas de Saúde.

Na maioria dos países da América Latina, a situação do grupo materno-infantil vem a ser um reflexo das condições demográficas, econômicas e sociais, com a característica de

alta prevalência de riscos redutíveis. Portanto, a prioridade de ação no referido grupo necessita, cada vez mais de profissionais realmente capacitados para prestar assistência e atuar em nível preventivo.

Chamou nossa atenção a falta de respeito ao tratá-las como: "*a seguinte*", "*que caso interessante*" ou outras expressões que não demonstram sentimento humanitário.

Para nós, não deverá importar sua condição social, econômica, procedência, escolaridade ou outro qualquer fator, mas sim o fato de que devemos tratar as pessoas como gostaríamos de ser tratados.

Assevera FREDDI²⁰ "*parece-nos importante ressaltar que o temor e a tensão emocional sentidos pela parturiente, principalmente primigesta, podem ser reforçados por diferentes causas. Podemos citar, como exemplo: o evoluir patológico do parto; a preocupação da mulher durante o trabalho de parto, com o destino, possivelmente, de seu filho (por exemplo, quando é ilegítimo); a ansiedade causada pela sua própria situação difícil, etc. ... Poucos autores preocupam-se com a influência do estado civil no comportamento da parturiente*".

Por outro lado, atuação docente na área de Enfermagem Obstétrica levou-nos a um questionamento de como estamos preparando os profissionais que se acham atuando na assistência materno-infantil.

Para PIZZATO³⁷, citando Horwitz: os pronunciamentos dos assessores técnicos da Organização Mundial da Saúde

e da Organização Pan-Americana da Saúde, os quais têm feito amplas especulações teóricas sobre a formação do profissional de Enfermagem, afirmando que formá-lo em "quantidade e qualidade" adequadas é um problema que vem se tornando agudo nos últimos anos.

Prossegue PIZZATO³⁷ : " ... pois, se por um lado, todo programa educacional deve ter como base um sistema de valores que leve em conta as características do profissional que se deseja formar e o marco conceitual dentro do qual se desenvolvem esse valores, por outro, a meta da educação é contribuir para que o educando obtenha a maior satisfação no desempenho de suas atribuições, tanto presentes como futuras".

Assim sendo, o objetivo fundamental da Enfermagem, como uma das profissões que diz respeito à saúde, é o de proporcionar assistência qualificada em enfermagem e contribuir para elevar o nível de saúde e bem-estar da população no processo de desenvolvimento social. Como tal, faz parte do sistema de saúde e se interessa pela solução dos problemas que afetam a sociedade.

Conforme JORGE²⁴ o trabalho do professor consiste em aperfeiçoar indivíduos e, por este motivo, além de preparado para o que vai ensinar, deve conhecer o material com que vai lidar. Comparando o professor ao artífice, este aprende cedo sobre a natureza do material que usa, para entregar ao consumidor um objeto utilizável e de qualidade. Mas o professor muitas vezes exerce seu trabalho sem o conhecimento completo do material com que lida. A diferença entre o artí-

fíce e o mestre é que este lida com material vivo, que é o aluno, e por isso deve harmonizar o objetivo da educação com o crescimento do indivíduo e com o sentido de consiência e de responsabilidade por parte do estudante, para entregar à sociedade um profissional de qualidade.

Sendo assim, o presente trabalho pretende contribuir para o estudo da interação entre os profissionais de Saúde e as parturientes. Esta interação foi exclusiva dos profissionais de Enfermagem e da parturiente, nos momentos de admissão hospitalar para o parto, em um hospital de Porto Alegre.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

HORWITZ³³ diz que a saúde, considerada como "um componente de desenvolvimento econômico e social e como importante fator de bem-estar do ser humano, é meta a ser conquistada".

ADEMUWAGUN¹ cita a publicação da Comissão Conjunta para Problemas de Saúde da Associação Nacional de Educação e da Associação Médica Americana, segundo a qual "a saúde é objetivo básico e maior da educação e é fundamental para o presente e o futuro da nação, e que nada é mais importante e nada deveria interferir como o tempo que o professor deve dedicar à saúde". O mesmo autor afirma ainda que "os países em desenvolvimento dependem da atuação educacional das escolas e colégios nesse campo para ter um modo de vida salutar e sobreviver com prosperidade econômica, estabilidade política e padrão mais alto de vida".

PIMONT³⁶ considera que a saúde individual ou da família é de responsabilidade direta de cada indivíduo e do líder familiar, ao passo que o problema de Saúde Pública compete às instituições públicas e à comunidade. Sendo assim,

podemos pensar na educação para a saúde em três níveis: individual, familiar e da comunidade. Lembra, ainda, que os objetivos principais a serem atingidos pela educação - sentido lato - são:

- 1) a consciência que o indivíduo deve ter de si mesmo;
- 2) a consciência que o indivíduo deve ter do meio em que vive;
- 3) o estabelecimento entre o indivíduo e o meio de relações produtivas para ambos.

De acordo com CHAVES¹¹, falar com recursos humanos para a saúde é o mesmo que dizer mão-de-obra, força de trabalho no setor da Saúde. Esta pode ser vista sob o prisma ocupacional exclusivo, ou também em relação com os níveis educacionais atingidos pelos indivíduos que dela participam.

Educação em saúde é definida por BRAVO⁸ como um método no trabalho sanitário com a intenção, não de prestar serviços aos indivíduos, mas de ajudá-los a remover certos hábitos do seu comportamento e a adotar por si sós uma atitude sadia para com a vida.

GRIFFITHS²³ enfatiza que a *"mudança de comportamento tem lugar quando um indivíduo adota uma prática de saúde cientificamente mais eficiente em lugar de outra, ou quando o indivíduo desenvolve uma ação que conduz a uma prática mais eficaz de saúde"*.

Na sua opinião, a educação em Saúde abrange três eta-

pas:

- criar ou mudar percepções;
- utilizar forças motivadoras;
- tomar uma decisão para agir.

BETHEA⁶ define o objetivo da assistência à maternidade como ajudar cada mulher a passar pela gravidez e o parto com um mínimo de enfermidades, gozando de saúde e bem-estar ótimos, e, ao mesmo tempo, manter o produto da concepção no melhor estado de saúde possível no decorrer desses períodos. Em um sentido mais amplo, a assistência à maternidade começa com a saúde e a educação dos futuros pais. Não só se interessa por sua saúde física e bem-estar, senão que fomenta o desenvolvimento de atitudes saudáveis assim como as relações familiares.

LUZ²⁵, citando Adriasola, Eidt, Laurent e Puffer, afirma que a falta de conhecimento da mãe sobre os cuidados de saúde pode trazer sérias conseqüências tanto para ela como para seu filho, e aponta como um dos indicadores da situação de saúde de uma população a taxa de mortalidade materna.

Já REEDER³⁹ diz que o estudo da Obstetrícia e o do cuidado de enfermagem à mulher durante as diversas fases da gestação inclui o estudo dos ajustes anatômicos e fisiológicos da reprodução humana e, em seu mais amplo sentido, o estudo do crescimento e desenvolvimento humanos e as diversas relações interdependentes que entram em jogo.

Para MALDONADO²⁷ a maternidade é um momento exis-

tencial extremamente importante no ciclo vital feminino, que pode dar à mulher a oportunidade de atingir novos níveis de interação e desenvolvimento da personalidade. Sobretudo, é durante a gravidez que se iniciam a formação do vínculo materno-filial e a reestruturação da rede de intercomunicação da família - ponto de partida de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. É, indubitavelmente, um momento que merece a convergência dos esforços preventivos de profissionais de Saúde que resulte num atendimento mais global e satisfatório para a saúde física e emocional da mulher e de seu filho.

CIARI JR.¹³ acredita que esta fase da vida da mulher, embora não seja um período patológico, é um período especial.

ZIEGEL⁵⁰ diz que é amplamente reconhecido que os fenômenos emocionais que se desenvolvem na gestação, tanto influenciam, como são influenciados pelas alterações fisiológicas que estão ocorrendo ao mesmo tempo. Em nível mais simples, é a fisiologia que conscientiza primeiro a mulher da sua gestação. Além disso, foi sugerido que as alterações endócrinas seriam fatores importantes nas oscilações de humor da gravidez, entre outras coisas. Ligeiro conhecimento de psicossomática mostrará que a atitude da mulher em relação à gravidez e à maternidade pode intensificar as náuseas, vômitos, fadiga e outras irritações físicas da gestação, ou, inversamente, pode minimizá-las ou até eliminá-las.

BENSON⁵ afirma que a gravidez produz transformações claras e sutis que envolvem muitos órgãos e sistemas.

A gravidez, segundo SOUZA⁴⁵ é período em que a futura mãe também alimenta o produto da concepção; contudo, ser futura mãe não é somente manter o produto em seu ventre. É ter a dedicação carinhosa que espera, amanhã, ver a perpetuação de seu corpo, o fruto do seu amor, robusto e alegre, a escaramuçar de felicidade por haver nascido.

Amenizar a mortalidade materna e perinatal, afirma REZENDE⁴⁰ tem relevante expressão social e econômica, e da Obstetrícia depende, sob muitos aspectos, o bem-estar das populações.

Continua REZENDE, dizendo que o parto, na sua cinemática, é estágio resolutivo, e representa momento crítico, a marcar a cessação definitiva do crescimento gestativo e a transição subitânea para o período seguinte, de involução genital. Atinge, a prenhez, todo o organismo. As modificações funcionais por ela condicionadas são imediatas.

O setor materno-infantil na América Latina, conforme PUFFER³⁸ abarca um segmento maioritário da população que se estima em cerca de 63,3% da mesma, a qual inclui as crianças menores de 15 anos de idade (42%) e as mulheres em idade fértil, entre 15 e 44 anos (21,3%). A mortalidade materna, subestimada na grande maioria, é de 13,5 por 10.000 e 18,8 por 10.000, respectivamente na América Central e na América do Sul. As disfunções maternas são, em sua maioria, evitáveis e se devem a toxemias da gestação, hemorragias, septicemias e, de um modo especial, ao aborto provocado clandestinamente.

BELFORT, in REZENDE⁴⁰ diz que seria desejável que

a gravidez representasse, para todas as mulheres, um estado fisiológico; entretanto, raramente deixa de constituir agressão, acarretando desvios da normalidade. Dessa forma, do ponto de vista pragmático, torna-se necessário considerá-la estado patológico a exigir assistência e cuidados permanentes. Não padece dúvida que, assim, o desenrolar do trabalho parturiente, como as condições de nascimento do concepto e a recuperação puerperal da paciente dependem, principalmente, da qualidade da assistência pré-natal.

Segundo ZIEGEL⁵⁰, quando a patologia interveniente ameaça a vida ou o bem-estar da gestante ou de seu filho, podem existir obstáculos graves à evolução ordeira da fixação e das outras tarefas maternas. O conceito que a mulher cria em relação à gestação e, conseqüentemente, em relação ao fato de ser mãe pode ser anuviado pela consciência de sua *imperfeição* em não poder ter o que ela considera uma *gravidez normal*.

CHIOTA¹² considera a gestação humana como um evento biológico e uma experiência emocional. Inicia-se com o relacionamento entre duas pessoas e introduz uma nova relação entre eles e sua geração. Contudo, a gestação tende a ser um período único de uma mulher, durante o qual ela está envolvida em mudanças psicológicas, trabalho necessário para habilitar sua renúncia de gratificação passada e antecipar aquelas do futuro. Seu caráter emocional está num estado de fluxo por causa da interação de muitos fatores, tais como: ambivalência, aceitação, recusa e medo.

Para COSTA¹⁵, a maternidade é um processo bioló-

gico constante e irreversível. O fenômeno ocorre em todas as classes e grupos sociais, em todas as regiões e circunstâncias.

É de SPITZ⁴⁶ a afirmação de que, a partir do início da vida, é a mãe, o parceiro humano do filho, quem serve de mediador a toda percepção, toda ação, todo discernimento, todo conhecimento. Neste contexto, a importância dos sentimentos maternos em relação a ter um filho, o "seu" filho, dificilmente pode ser superestimada. Sabe-se que estes sentimentos variam em toda a extensão de uma escala muito ampla, mas da qual não se tem muita consciência, porque quase todas as mulheres se tornam mães meigas, amorosas e dedicadas. Elas criam o que denominamos, em relação mãe-filho, um clima emocional favorável.

WOLFF NETO⁴⁹ comenta que as origens dos distúrbios emocionais da mulher durante o ciclo grávido-puerperal são muito variáveis, podendo estar ligadas a idéias surgidas na infância e na adolescência, a informações erradas sobre a gravidez e o parto patológicos, ou às novas responsabilidades, à insegurança financeira, ao medo de perder o amor do marido, à ilegitimidade da criança, etc.

AZZOLINI *et alii*⁴ consideram que a maternidade constitui um trauma para a mulher "em condições normais".

Para MACY²⁶, o modo de uma mulher e seu marido encararem a gravidez juntos depende, em grande parte, das idéias que anteriormente eles tinham sobre a gravidez, o parto e o bebê resultante. Dependendo disso, a gravidez pode se constituir numa alegria ou num pesado encargo, no fim ou iní-

cio de uma boa vida, em sustentáculo ou destruição de seu relacionamento conjugal.

Segundo MACY²⁶, cabem aqui algumas palavras sobre a influência psicológica exercida pela mãe sobre o feto. Em primeiro lugar, o feto está embriologicamente formado por completo por volta da 8ª semana de gravidez. Assim sendo, nenhuma crise mental aguda, choque ou tensões emocionais durante a gestação podem ser associados a malformações congênitas, graves ou sem importância, encontráveis no bebê por ocasião do parto. *É bom acentuar isto*, porque há um extenso folclore a esse respeito, e a transmissão de informes errados, ainda que tradicionais, pode ocasionar muita angústia.

O que se observa, declara FREDDI²⁰, tanto nas mais recentes publicações, como na assistência à parturiente, é que o comportamento da mulher no parto é de suma importância, dadas as consequências que pode ter, seja no evoluir do parto, seja no recém-nascido.

Prossegue FREDDI²⁰, por outro lado, dizendo que observação de um elevado número de parturientes coloca em evidência a resposta, pessoal e diferente de mulher para mulher, a um fenômeno (o parto) que parecia ser igual, em linhas gerais.

RIBEIRO⁴², citando GEMELLI, diz que *"o nascimento é o momento em que o homem adquire a autonomia de vida, em que vem a ser um indivíduo. Mesmo sendo uma criatura débil e dependente dos demais nas satisfações de suas necessidades mais elementares, começa, com o nascimento, uma vida propriamente autônoma. Por conseguinte, também o recém-nas-*

cido possui uma vida que tem sua importância na formação de sua personalidade".

Para COSTA¹⁵, o conceito de assistência ao parto é um conceito amplo, que compreende desde os conhecimentos de fisiologia obstétrica e seus aspectos emocionais; os cuidados pré-natais; as relações médico-paciente, até a destreza na execução das manobras obstétricas. Não mais se admitem, na Obstetrícia moderna, condutas passivas, com esperas injustificadas e nocivas, confundindo fisiologia normal com abandono. A melhor maneira de conduzir um parto é conhecer profundamente a fisiologia obstétrica e procurar reproduzi-la. Salvo imprevistos em circunstâncias especiais, o parto é, hoje, um fenômeno de ordem médica e hospitalar.

É de GOMES²² o conceito de que *"neste campo vasto da saúde, a higiene materna e a da criança continuam sendo uma das mais importantes atividades, com alta prioridade em nosso País, exigindo dos profissionais de Saúde zelo constante nos trabalhos que se desenvolvem nesta área"*.

Já BENSON⁵ diz que os tabus, superstições e informações errôneas sobre a função menstrual, práticas sexuais e o nascimento ainda causam muito medo e apreensão injustificáveis entre as mulheres. Muitas doenças obstétricas e ginecológicas são provocadas por emoções ou agravadas por fatores emocionais. Porém, o mesmo autor diz que o ajustamento emotivo ao parto depende da: 1) estabilidade emocional da paciente; 2) sucesso do casamento; 3) desejo do casal em ter filhos; e 4) relação paciente-médico. A preparação emocional adequada para o trabalho de parto facilitará o período do pré-

-parto, especialmente para a pessoa emocionalmente imatura e apreensiva.

Para MALDONADO ²⁸, a gravidez é uma época fecunda em vários sentidos: não só um novo ser está sendo formado, mas também, na mulher e no homem, está se consolidando uma nova parte de si próprios - a capacidade de cuidar maternalmente e paternalmente de uma criança. Na gestação ocorrem modificações muito importantes: no corpo da mulher e do homem, que adquire um colorido bastante diferente do de outras épocas, na dinâmica do relacionamento do casal que recebe impactos com repercussões bastante profundas.

Procuramos, através de vários autores, demonstrar o que é a gravidez, as modificações emocionais que ocorrem, tanto na mulher quanto no casal, assim como as implicações diretamente ligadas ao parto.

Mas, como agem os indivíduos que praticam a Enfermagem, com referência à gravidez?

Com AMARAL ², dizemos que Enfermagem é arte, porque se fundamenta sobre uma relação de pessoa a pessoa. De fato, empenha-se o profissional, com as suas energias e poder criador, para ir ao Ser com o qual mantém contato, em tensão humana de repercussões profundas de uma parte e de outra. Assim é, que, prestando um serviço de excepcional qualificação, lhe dá sua atividade uma gratificação que, em linguagem usual e, talvez, em sentido superficial, costuma chamar-se de satisfação de servir.

OGUISSO ³¹, citando LAMBERTSEN, conceitua a En-

fermagem hospitalar: "É uma assistência individual e contínua prestada ao paciente, a qual pode variar de acordo com a condição de saúde do mesmo, desde o estado de dependência total em relação à enfermeira, quando esta faz para ele tudo quanto ele não pode fazer por si, até que possa tomar conta de si mesmo, passando pelos estados intermediários em que a enfermeira presta apenas cuidados de proteção e reabilitação, tanto física quanto emocional".

CARVALHO¹⁰ asseverou que na Maternidade não se dá assistência ao parto; sua finalidade é salvaguardar a saúde da mulher, desde o início da gravidez até o término da lactação, devendo as pessoas que ali trabalham se lembrarem sempre de que se está tratando de duas ou mais vidas, as quais podem depender da eficácia dos cuidados recebidos. Como a enfermeira obstétrica tem maior contato com a gestante, parturiente ou puérpera, poderá observar seus problemas e angústias, ajudando-a a resolvê-los e amparando-a quando necessário.

PAZ³⁴ transcreve, de Rodrigues⁴³, as perguntas "Quanto vale a vida de uma criança? Quanto vale a vida de uma gestante?". E responde dizendo que "o valor da vida humana é algo praticamente incomensurável". E continua esclarecendo que os países mais desenvolvidos são os que têm melhor assistência materna e infantil. Considera ser esta proteção um dos passos importantes no caminho do desenvolvimento, dizendo que, no futuro, estas vidas preciosas, se protegidas, mostrarão o seu valor.

Para FRANCO¹⁹, toda a equipe de enfermagem pre-

cisa estar atualizada, isto porque cada ser humano deve ser tratado como único e individualizado, e nenhum cuidado de enfermagem será por si só eficiente, se dirigido ao paciente considerando-o um objeto, uma coisa. Mas será o melhor e mais eficiente dos tratamentos, se for lembrado que ele é parte de um planejamento de enfermagem que pretende atender o ser humano em todas as suas necessidades básicas (grifo da autora).

ZIEGEL⁵⁰ expressou-se sobre a hospitalização, no sentido de que, da mesma forma que o trabalho de parto, pode este constituir-se numa experiência nova e estranha para a mulher. Cabe à enfermeira colocar a gestante e sua família em contato com a equipe e com o ambiente. Não obstante, a enfermeira alerta e inteligente pode observar muitos tipos de comportamento, unicamente vendo a entrada da gestante. Notará as feições relaxadas e confiantes, ou contorcidas pela dor; mãos relaxadas, dispostas ao longo do corpo, ou apertadas e com as articulações esbranquiçadas, comprimindo o abdômen ou o braço do marido.

Com WILLIAMS⁴⁸, temos que: a doença constitui um motivo de alarma para o indivíduo e sua família. Faz-se particularmente alarmante, quando requer hospitalização. Este acontecimento angustioso poderá provocar ao acaso uma crise no indivíduo e sua família, segundo a interpretação que estes dêem e segundo quais sejam seus mecanismos de enfrentar o mesmo. A entrada (admissão), geralmente, em um hospital, de um paciente em estado de crise, constitui assim mesmo uma prova para o pessoal daquele. O acontecimento poderá provocar no pessoal uma crise, segundo a interpretação dos mesmos

e os seus próprios mecanismos particulares de enfrentá-los.

PAZ³⁴, citando Carvalho, alerta que estes profissionais têm o dever de lutar para atualizar seus conhecimentos científicos e adverte que não só os cuidados físicos devem ser alvo de atenção. Também os valores espirituais devem ser respeitados, especialmente visando os direitos da pessoa humana, fatores que, junto a uma conscienciosa dedicação, permitirão o discernimento para avaliar o grau de urgência e providenciar os cuidados que se façam necessários a cada gestante. Procura-se, assim, salvaguardar a saúde da paciente, desde o início da gravidez, lembrando sempre que se estará tratando de duas ou mais vidas, as quais podem depender da eficiência dos cuidados recebidos. E continua aquele autor afirmando que, com este procedimento consciencioso, esta-se contribuindo para a melhoria do nível de vida em nosso País.

É o próprio dinamismo da sociedade, afirma PIZZATO³⁷, que impõe ao enfermeiro a adaptação de sua filosofia, sua função e seus serviços às transformações sociais, necessidades e demandas da coletividade, pois, sendo a Enfermagem uma profissão dinâmica, enfrenta ela a problemática de como cumprir suas funções em face da crescente complexidade dos serviços, resultantes da duplicação e do avanço acentuado da ciência.

Para NERY³⁰, é atribuição da equipe de enfermagem (enfermeiro e outras ocupações da área de enfermagem) desenvolver atividades de enfermagem em nível de indivíduo, família e comunidade.

FRANCO¹⁹ afirma que: "*O hospital é uma institui-*

ção devidamente equipada, destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem".

As ações da tarefa de integração, conceitua PIZZATO³⁷, situam o enfermeiro como ligação entre o paciente e o sistema de Saúde, facilitando sua integração a este e reduzindo suas apreensões e temores.

Já NERY³⁰, conclui que *"a abordagem de realização das atividades de natureza curativa, isto é, o pessoal limita-se a cumprir as ordens médicas delegadas e são escassas as ocasiões em que orienta o paciente em relação à saúde"*.

PIZZATO³⁷ menciona que, embora as necessidades de atendimento de enfermagem variem dos níveis mais simples aos mais complexos, e não obstante possam ser atendidas por pessoas com variados tipos e graus de formação e experiência, sem dúvida alguma é o enfermeiro o fulcro de um sistema do qual emerge a prática total de Enfermagem.

Continua dizendo PIZZATO que, no Brasil, a Enfermagem é uma profissão nova, pois a primeira escola especializada foi fundada em 1923, e os egressos eram em número tão reduzido que, dessa época até 1940, a maioria dos graduados exercia funções docentes ou de Saúde Pública.

Ora, vários autores são categóricos ao dizer - e nós também acreditamos - que a *"arte"* da Enfermagem deve partir de seu líder natural, que é o enfermeiro. Mas na realidade, nossos hospitais, que concentram o maior percentual

de ações da profissão, não possuem unicamente enfermeiros, tanto que estes têm suas equipes formadas por auxiliares de enfermagem e/ou atendentes.

Para NERY³⁰, o elevado percentual de atendentes (29,50%) que atuam nos serviços de enfermagem hospitalar é atribuído ao reduzido número de cursos de auxiliar de enfermagem na cidade de Porto Alegre. No período de 1969 a 1975, o número de cursos foi reduzido para cinco, quando em 1968, existiam seis, tornando-se difícil atender a demanda reprimida e a social, uma vez que o número de leitos hospitalares aumentou nos últimos anos. Face à escassez de auxiliares de enfermagem, as chefias dos serviços de enfermagem passaram a treinar pessoal para a realização de tarefas simples na área, como uma das alternativas de solução de emergência para o problema atual.

Sendo assim, adotamos a sinonímia de AGENTE DE ENFERMAGEM para todos aqueles elementos componentes da equipe, que podem ser enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou atendente.

3 - OBJETIVOS

O presente trabalho propõe-se a:

- 3.1 - Verificar a frequência de interações entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica durante os procedimentos de admissão para o parto, em um hospital-maternidade de Porto Alegre, nos aspectos de:
 - 1º contato
 - expressão de sofrimento
 - expressão emocional sobre o filho
 - expressão emocional sobre o parto
 - expressão genérica
 - expressão técnica
 - expressão factual sobre o filho
- 3.2 - verificar se o tempo empregado e o número de agentes modificam a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica;
- 3.3 - verificar se o tempo, em minutos, influi no número de interações do Agente de Enfermagem e da Cliente Obstétrica.

4 - METODOLOGIA

4.1 - Atividades Preliminares

Através de dados, fornecidos pelo COREN-RS*, levantou-se o número de hospitais de Porto Alegre.

Em seguida, elaborou-se o instrumento nº 1 (anexo III) que serviu para determinar, entre os hospitais de Porto Alegre, aqueles que possuíam Maternidade em seus serviços à população.

Entre os hospitais com serviço de Maternidade, foi escolhido um devido a:

- ser um hospital geral, de corpo clínico próprio, sendo também hospital de ensino;
- sua localização dentro do perímetro urbano central de Porto Alegre, a fim de facilitar a obtenção dos dados e reduzir os custos de locomoção.

Após, passou-se à elaboração do Instrumento nº 2

* Conselho Regional de Enfermagem - Rio Grande do Sul.

(Anexo IV), sendo que primeiramente a Autora, com uma folha de papel em branco, anotou todas as expressões que as Clientes Obstétricas aportavam, assim como as dos Agentes de Enfermagem, bem como a estimativa do tempo gasto para a admissão na Maternidade.

Aproveitaram-se todas as clientes que procuravam o setor de admissão do referido hospital, durante um período de trinta dias, incluídos os sábados e domingos, nos três turnos (ou escalas) do serviço de enfermagem, que são:

- turno da manhã: das 7 às 13 h
- turno da tarde: das 13 às 19 h
- turno da noite: das 19 às 7 h.

Ao término dos trinta dias, constatou-se que:

- havia, maior frequência das Clientes no horário das 7:00 - 19:00 h, isto é, no turno diurno;
- o tempo médio utilizado foi de 60 minutos;
- a maior frequência ocorria de 2ª a 6ª feira.

Após a análise das expressões constatadas, do horário de maior frequência e dos dias da semana, também de maior frequência, optou-se pela:

- exclusão dos sábados e domingos;
- observação contínua no horário das 7:00 - 19:00 h, e
- observação por tempo máximo de uma hora, desde a

entrada da Cliente no setor até a chegada do médico.

4.1.1 - População

Durante o mês de fevereiro de 1981, excluídos os sábados e domingos, foram observadas, nesse hospital, as parturientes sob as seguintes condições:

- a) parturientes com feto vivo;
- b) gestação a termo;
- c) leito disponível no hospital.

4.1.2 - Procedimentos

A técnica utilizada foi a observação sistematizada, através de um instrumento padronizado (Anexo IV), Este foi aplicado a 99 Clientes enquadradas nos critérios da população em estudo.

4.1.2.1 - Treino das Observadoras

As observadoras foram em número de quatro, todas estudantes do Curso de Graduação de Enfermagem, que já haviam cursado a Disciplina de Enfermagem Obstétrica.

Estas observadoras foram orientadas quanto a cada item do instrumento, assim como a não participarem ou se expressarem durante o tempo de observação. Foram treinadas até que conseguiram não induzir expressões por parte da Cliente ou do Agente de Enfermagem.

4.1.2.2 - Local de Observação

O setor de admissão da Maternidade, do hospital escolhido, denomina-se "*Emergência Obstétrica*". Localiza-se no andar térreo do prédio, é de fácil acesso ao público e permite um rápido encaminhamento, através de elevadores, ao Centro Obstétrico, que se localiza no 12º andar. Os médicos permanecem no Centro Obstétrico, sendo solicitados, telefonicamente, para a Emergência Obstétrica.

O local compõe-se de:

- uma sala de espera para clientes e familiares;
- dois consultórios internos;
- um consultório com circulação externa;
- sanitários para clientes;
- sanitários para funcionários do setor;
- sala de estar dos funcionários do setor.

4.1.2.3 - A Observação

As observações foram realizadas na "*Emergência Obstétrica*", tendo como alvo as Clientes que preenchessem os critérios da população.

A fim de impedir qualquer influência, que poderia tornar tendenciosa a observação, não eram explicados às Clientes ou aos Agentes os objetivos da observação.

As observadoras usavam aventais brancos, semelhantes aos dos médicos.

4.1.2.4 - Instrumento de Observação

Partindo de uma listagem do que as próprias Clientes expressaram, além de nossa experiência profissional e comembasamento na literatura, elaborou-se um instrumento de observação. Este instrumento sofreu várias reestruturações até chegar à sua forma definitiva (Anexo IV), com 128 itens, assim divididos:

1ª Parte - Consta de sete (7) itens, sendo:

- local
- início
- término
- tempo total
- agente de enfermagem
- cliente
- formulário

2ª Parte - Compreende 118 itens, que constituem o conteúdo da interação:

1º Contato

- Sorri
- Não corresponde
- Séria
- Não corresponde
- Outros
- Calma (não expressa sofrimento = presença sem queixas)
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto

- Tenta tranquilizar a Cliente por palavras
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto/palavras
- Não corresponde
- Outros

Expressão de Sofrimento

- Gemendo
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto
- Tenta tranquilizar a Cliente por palavras
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto/palavras
- Não corresponde
- Outros
- Chorando
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto
- Tenta tranquilizar a Cliente por palavras
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto/palavras
- Não corresponde
- Outros
- Refere dor
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto
- Tenta tranquilizar a Cliente por palavras
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto/palavras
- Não corresponde
- Outros
- Refere contração
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto
- Tenta tranquilizar a Cliente por palavras
- Tenta tranquilizar a Cliente por gesto/palavras
- Não corresponde

- Outros

Expressão Emocional sobre o Filho

- Expressa medo quanto ao feto nascer com defeito
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do medo
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente

- Outros

- Expressa medo quanto ao feto nascer morto
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do medo
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente

- Outros

Expressão Emocional sobre o Parto

- Expressa medo quanto ao parto transpélvico
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do medo
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente

- Outros

- Expressa medo quanto ao parto transoperatório
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do medo

- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente
- Outros
- Expressa medo quanto ao trabalho de parto rápido
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do medo
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente
- Outros
- Expressa medo quanto ao trabalho de parto prolongado
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do medo
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente
- Outros

Expressão Genérica

- Expressa descontentamento com a gravidez
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade do descontentamento
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente
- Outros
- Expressa contentamento (aceitação) com a gravidez
- Agente procura reforçar o contentamento sem informar
- Agente dá informações para reforçar o contentamento

- Agente reforça o contentamento
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente
- Outros
- Expressa indiferença com a gravidez
- Agente procura tranquilizar sem informar
- Agente dá informações para tranquilizar
- Agente nega a validade da indiferença
- Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente
- Outros

Expressão Técnica

- Avalia sinais vitais
- Pergunta sobre sinais vitais
- Resposta sobre sinais vitais
- Outros
- Avalia dados obstétricos
- Pergunta sobre dados obstétricos
- Resposta sobre dados obstétricos
- Outros

Expressão Factual sobre o Filho

- Comentário sobre o sexo do feto
- Resposta sobre o sexo do feto
- Comentário sobre o que o pai espera em relação ao sexo do filho
- Resposta sobre o que o pai espera em relação ao sexo do filho
- Outros

- Comentário sobre o tempo da gravidez
- Resposta sobre o tempo da gravidez
- Outros
- Comentário sobre o número de filhos
- Resposta sobre o número de filhos
- Outros
- Comentário de quando irá nascer o feto
- Resposta sobre quando irá nascer o feto
- Outros

3ª Parte - Avaliação da interação, com três (3) graus:

- grau 0 = quando a interação é nula (não se estabelece)
- grau 1 = quando a interação é incompleta (se estabelece parcialmente)
- grau 2 = quando a interação é completa (se estabelece totalmente).

4.2 - Tratamento Estatístico

Primeiramente, foram construídas tabelas simples de distribuição de frequência em números absolutos e percentuais.

Em seguida, calculou-se, por meio do teste X^2 e do teste exato de Fischer, a significância estatística dos dados obtidos.

5 - RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Apresentam-se nas Tabelas I a X e Quadro I os resultados da investigação efetuada.

TABELA I

Distribuição das expressões de "1º Contato" e de "Presença sem queixas",
segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica
1982 - RS

	INTERAÇÃO						TOTAL
	Completa		Incompleta		Nula		
	F	%	F	%	F	%	
1º Contato	51	54,25	-	-	43	45,74	94
Presença sem queixas	24	32,43	4	5,40	46	62,16	74
TOTAL	75	(44,64)	4		89	(55,35)	168

De 168 expressões, em: 75 (44,64%) estabeleceu-se a interação

93 (55,35%) não se estabeleceu a interação

Com os resultados apresentados nesta Tabela, verifica-se que em 55,35% das expressões não ocorreu interação, apesar do "1º contato", ou seja, da recepção na admissão, ser o desencadeador do desempenho posterior da parturiente, quer na fase de parturição, quer mesmo na de puerpério, isto é, durante sua permanência no hospital.

Conforme CARVALHO⁹, o serviço de admissão é importante dentro de um hospital, pois é por ele, muitas vezes, que o doente entra em contato com o hospital pela primeira vez.

De acordo com ARNT³, levando-se à parturiente uma atmosfera de simpatia, confiança e compreensão estaremos contribuindo para o desfecho feliz do parto.

Concordamos com PIZZATO³⁷, quando diz que o enfermeiro tem tarefa de integração *"sendo que as ações desta tarefa situam o enfermeiro como ligação entre o paciente e o sistema de saúde, facilitando sua integração a este e reduzindo suas apreensões e temores"*.

Pode-se inferir que, nas 168 expressões, em 44,64% ocorreu interação porque a ação partiu da própria Cliente, isto é, ela apresentava-se sem queixas, calma, tranqüila e chegava ao setor de admissão sorrindo, logo cabia ao Agente simplesmente retribuir.

Mas sabemos, conforme MACY²⁶, que o nascimento de uma criança tem sido considerado como *"um milagre cotidiano"*. É coisa comum, mas trata-se de um processo de tão grande complexidade que está muito além de qualquer realização humana

artificial. A mulher não se limita a experimentar passivamente o processo de gestação, sendo que seu modo de vida anterior tampouco permanece intacto enquanto a criança se desenvolve dentro dela. A gestante precisa passar por certo número de adaptações psicológicas muito importantes. Em primeiro lugar, tem de se adaptar à nova vida que traz dentro de si, a qual faz parte dela própria e, no entanto, dela se distingue. Depois, há a mudança de sua condição de mulher sem filhos para a de mãe. Essa alteração implica reajuste de suas relações com o marido, com a própria mãe e com o próprio pai, e também com o resto da sociedade em que vive. Além disso, a gravidez e o parto despertam-lhe a consciência prática do extraordinário potencial de seu próprio corpo. Seja qual for o modo como receba esse conhecimento, precisará, sem dúvida, adaptar-se a ele.

TABELA II

Distribuição das expressões de sofrimento segundo a interação entre
o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica

1982 - RS

EXPRESSÕES DE SOFRIMENTO	INTERAÇÃO						TOTAL
	Completa		Incompleta		Nula		
	F	%	F	%	F	%	
Gemendo	-	-	-	-	3	100,00	3
Chorando	3	75,00	-	-	1	25,00	4
Refere dor	12	36,36	1	3,03	20	60,60	33
Refere contração	13	43,33	2	6,66	14	46,66	29
TOTAL	28	(40,57)	3		38 (59,42)		69

De 69 expressões, em: 28 (40,57%) a interação estabeleceu-se

41 (59,42%) não se estabeleceu a interação

Nas expressões de sofrimento, observa-se uma "relação bíblica", conforme SCHMIDT⁴⁴, que diz: "desde os mais remotos tempos, o parto, por tradição popular, sempre esteve aliado à idéia de dor, sofrimento e angústia. Corroborando tal fato, encontram-se referências das dores do parto não só em obras científicas antigas, como também em textos bíblicos (Gen.3, 16; Is.26, 17; Jer.4, 31). Constituí, pois, fato aceito que a mulher deva sofrer dores ao dar à luz".

Porém, a expressão "chorando" denota interação, porque o ato de chorar perturba o Agente, fazendo com que procure confortar a Cliente.

Concordamos com TESK⁴⁷ ao defender a idéia de que à enfermeira, como responsável pela assistência integral ao indivíduo, cabe: - analisar cada resposta ou comportamento do paciente do seu meio social hospitalar, agindo de maneira consciente e não automática; - cada indivíduo é um ser em particular e responde de forma particular aos estímulos, por isso deve ser tratado de maneira pessoal e única.

ZIEGEL⁵⁰ diz que os olhos da parturiente, dilatados e investigadores, podem indicar medo e ansiedade. O modo como ela se expressa e o assunto sobre o que conversa podem fornecer informações quanto à sua apreensão e ao estágio de trabalho de parto em que se encontra. Prossegue ZIEGEL: "a mulher em trabalho de parto requer a presença quase constante de uma pessoa simpática e compreensível junto dela - alguém que transmita interesse pessoal tanto em suas ações quanto em suas palavras".

FREDDI²⁰ cita Donell¹⁷ et alii, os quais comentam que

as gestantes solteiras, geralmente, têm medos terrificantes do parto. Alertam as enfermeiras que trabalham nos hospitais para que se lembrem das necessidades emocionais das parturientes solteiras, provavelmente esquecidas por seus familiares e amigos, e vendo, na enfermeira, um ponto de apoio.

DEUTSCH¹⁶ declara que *"a ciência médica, atualmente, proporciona condições para dar-se à luz quase sem dor"*.

Finalmente, sabemos, através de FRANCO¹⁹, que a desorganização, insegurança e desinteresse do enfermeiro e membros da equipe hospitalar podem contribuir para o aparecimento da ansiedade no paciente e família.

TABELA III

Distribuição das expressões de medo sobre o filho e o parto segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica

1982 - RS

EXPRESSÕES DE MEDO	INTERAÇÃO						TOTAL
	F	Completa %	F	Incompleta %	F	Nula %	
Nascer com defeito	-	-	-	-	3	100,00	3
Nascer morto	6	66,66	1	11,11	2	22,22	9
Parto transpêlvico	-	-	-	-	-	-	-
Parto transoperatório	2	100,00	-	-	-	-	2
Trabalho de parto rápido	2	100,00	-	-	-	-	2
Trabalho de parto prolongado	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	10	(62,50)	1		5	(37,50)	16

De 16 expressões, em: 10 (62,50%) a interação estabeleceu-se

6 (37,50%) não se estabeleceu a interação

Supõe-se que as 6 expressões (37,50%) que não apresentaram interação, tenham tido relação com o tempo médio de permanência, que foi de cerca de 30 minutos, tendo havido chance da Cliente enunciar o medo do parto em si ou em relação ao filho.

Já em 62,50% dos casos, estabeleceram-se interações, quando as Clientes puderam expressar seu medo quanto ao fato nascer morto, quanto ao parto transoperatório (cesarianas) e quanto ao trabalho de parto rápido (ou seja, aquele em que não é feito o ritual de preparo, já chegando ao hospital em período exclusivo).

MALDONADO²⁸ diz que a evolução tecnológica da Obstetrícia, que permite a realização de uma assistência pré e perinatal cada vez mais sofisticada, reduzindo ao mínimo os riscos maternos e fetais, resultou, infelizmente, numa profunda dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais no atendimento clínico, cuja rotina convencional, tanto na gestação quanto no parto e no puerpério imediato, frequentemente não satisfaz as necessidades psicológicas de mãe e filho.

ZIEGELL⁵⁰ afirma que *"toda gravidez é, por sua própria natureza, uma preparação física e psicológica para a chegada do bebê. Alguns pais, devido ao seu passado cultural, podem considerar de mau agouro comprar as roupas antes do nascimento. Outros, particularmente aqueles que já tiveram um natimorto ou um bebê que sofreu morte neonatal, podem preferir esperar até que se certifiquem de que o conceito é saudável.*

Já OLIVEIRA³² diz que: "a gestante fica nervosa, preocupada, teme pela sua vida e a do filho que vai nascer. Tem sempre a preocupação se o filho será sadio, sem defeito; como irá ocorrer o parto e muitas outras situações".

Segundo MACY²⁶, a ansiedade atinge um novo pico à medida que o parto se aproxima, refletindo as amplas alterações sofridas pelo corpo da mulher e aproximação do parto e do novo bebê. Muitas mulheres vêem temores e fantasias de caráter dramático, e quase sempre terrível, imiscuírem-se em seus sonhos e pensamentos. Sonham com acidentes em que ficam mutiladas. Um sonho ou devaneio comum é o de que o bebê já nasceu e está morto ou deformado. Algumas mulheres tornam-se temporariamente convencidas de que o filho já morreu no ventre. Acham seus sonhos e sensações inexplicáveis e angustiantes.

Sonhos e fantasias desse tipo são comuns quando estamos sob tensão. Têm por fim preparar nosso espírito para resultados que, apesar de possíveis, são muito remotos ou demasiados terríveis para ocupar nossos pensamentos normais.

Sabemos com TESCK⁴⁷, ao considerar que o paciente hospitalizado é retirado de seu ambiente familiar, que no hospital encontra um mundo completamente estranho, onde rotinas e normas rígidas controlam e determinam suas ações: sente-se amedrontado, perdido, carente de afeto.

Na opinião de CARVALHO¹⁰, há pacientes cuja gestação decorre normalmente e que, se não recebem tratamento adequado no controle do desenvolvimento do parto, podem apresentar anormalidades irreversíveis, quando tardiamente des-

cobertas e tratadas.

ZIEGEL⁵⁰ afirma que uma atitude de concentração completa por parte da enfermeira, na parturição, no período de tempo em que permanece ao lado da gestante, é primordial. A assistência física fornece não só conforto físico, mas demonstra igualmente interesse. Se a enfermeira desempenha sua tarefa com facilidade e evita mostrar-se apressada e apresentar movimentos bruscos, não dará impressão de estar com pressa.

TABELA IV

Distribuição das expressões genéricas sobre a gravidez segundo a interação
entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica
1982 - RS

EXPRESSÕES GENÉRICAS SOBRE A GRAVIDEZ	INTERAÇÃO						TOTAL			
	F	Completa	%	F	Incompleta	%		F	Nula	%
Descontentamento	1	100,00		-	-		-	-		1
Contentamento	10	83,33		1	8,33		1	8,33		12
Indiferença	-	-		1	33,33		2	66,66		3
TOTAL	11		(68,75)	2			3		(31,25)	16

De 16 expressões, em: 11 (68,75%) a interação estabeleceu-se

5 (31,25%) não se estabeleceu a interação

Conforme se pode verificar, há um alto índice de interação, 68,75%, devido ao fato de as expressões serem de acontecimentos positivos para a cliente, portanto o Agente de Enfermagem sente-se altamente compensado.

E em 31,25% não houve interação, porque a cliente estava ou descontente ou indiferente com a gravidez, logo, o Agente de Enfermagem não deu chance de expressão à cliente, isto é, permaneceu no mesmo clima, sem envolver-se.

BOEMER⁷ diz que, diante da concepção do ser humano como unidade biopsicossocial, em equilíbrio dinâmico com o meio ambiente, as escolas de Enfermagem, algumas mesmo antes da fixação do Currículo Mínimo de Enfermagem, introduziram em seus programas as ciências psicossociais ou ciências humanas. Mesmo assim, *as enfermeiras têm resistido em assumir novos papéis e têm relutado em compreender a complexidade que envolve o ser humano. (O grifo é nosso).*

Para MACY²⁶, o medo e a ansiedade não só fazem parte inevitável da gestação, como representam um importante papel na preparação da mulher para os três últimos meses de gravidez, para o parto e para sua condição de mãe. Isso pode parecer paradoxal, em parte porque é fácil interpretar mal a ansiedade. Ansiedade e tensão costumam parecer-nos algo desagradável, talvez até danoso, sem as quais estaríamos melhor. Para a maioria, porém a realização pessoal, sob qualquer de suas formas, é impossível sem experimentar tensão e ansiedade.

Hans Selyé, apud MACY²⁶, sugere que necessitamos de

duas palavras em lugar do termo único tensão. EUTRESS é o vocábulo que ele propõe para indicar a tensão agradável ou construtiva, como a experimentada pelos alpinistas ou pelos atores, e DYSTRESS seria a palavra designativa de tensão desagradável, como a ocasionada por acidentes ou luto. Nesses termos, pois, se uma mulher estiver feliz com sua gravidez e encarar com otimismo a chegada da criança, ela experimentará tensão, mas essa tensão se chamará EUTRESS. Se estiver insatisfeita com a gravidez ou se lhe faltar uma forte estrutura de idéias e comportamento a que possa ajustar a gestação - se não conseguir realmente ver com bons olhos a vinda do bebê -, então experimentará DYSTRESS.

PELÁ³⁵, citando Simon, refere ser sabido que a forma de percepção do estado gestatório é influenciada não somente pela cultura como também pela camada social em que a mulher se encontra.

Continua PELA³⁵, dizendo que o fato de uma paciente declarar que não foi procurar assistência pré-natal por estar passando bem pode levar o profissional de Saúde a supor que, na ocorrência de qualquer patologia ou desconforto, seu comportamento seria outro. A enfermeira, no desempenho da ação educativa da gestante, deve observar os fatores influentes na atitude de suas pacientes.

Concordamos com MACY²⁶ em que o impulso em descobrir coisas pode ser intenso, embora as perguntas talvez pareçam casuais e a mulher despreocupada. Ela não deve seguir todo conselho que ouvir, nem tentar igualar todos os outros casos de gravidez que lhe cheguem ao conhecimento.

Além do mais, haverá muitas contradições, já que cada caso de gravidez é diferente dos outros, tanto do ponto de vista biológico como do psicológico. Mas ela selecionará, entre as alternativas, a que melhor se ajuste ao seu caso. Parte das preocupações deste período relaciona-se com "pensamentos mágicos". Se a mãe da mulher só teve meninas, esta então pode imaginar que só terá meninas também, e talvez se convença de estar fadada a não conceber meninos. Se sua mãe teve trabalhos de parto prolongados ou curtos, fáceis ou difíceis, se ela teve todos os filhos na primavera, então a mulher talvez se sinta tentada a esperar o mesmo de si própria.

Comparando as Tabelas II, III e IV, nota-se interação completa em:

- 40,57% nas expressões de sofrimento;
- 62,50% nas expressões de medo sobre o filho e sobre o parto, e
- 68,75% naquelas genéricas sobre a gravidez (só em contentamento com a gravidez apresenta 83,33), isto é, a Enfermagem dá mais atenção quando se sente gratificada com o comportamento proposto pela Cliente, o que não é um comportamento muito lógico, pois o Agente de Enfermagem beneficia-se muito mais que a cliente.

Já BOEMER⁷ afirmou: "Haverá possibilidade de se mudar isto a curto prazo? Honestamente acreditamos que não, mas também cremos que a enfermeira deve tentar reaproximar-se do paciente, assisti-lo como ser biopsicossocial, atentar para os aspectos preventivos e de reintegração, e assumir seu pa-

pel como agente de mudança".

E DOURADO¹⁸ disse que há necessidade contínua, por parte de todos aqueles que atuam no campo da Enfermagem, de desenvolver um diálogo permanente, assim contribuindo para o desenvolvimento da profissão.

FRANCO¹⁹ menciona que a comunicação enfermeiro-paciente permite que uma porção de informações sejam obtidas, facilitando a avaliação através da associação de fatos, sintomas e características. Se a paciente não puder falar, torna-se ainda mais importante a observação objetiva e a comparação cautelosa da observada. Com o tempo, o enfermeiro torna-se perito em observar as reações e comunicações extraverbais do paciente e de seus familiares.

TABELA V

Distribuição das expressões técnicas realizadas segundo a interação entre o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica
1982 - RS

EXPRESSÕES TÉCNICAS	INTERAÇÃO						TOTAL
	F	Completa %	F	Incompleta %	F	Nula %	
Sinais vitais	14	14,44	-	-	76	84,44	90
Dados obstétricos	55	96,49	1	1,75	1	1,75	57
TOTAL	69	(46,93)	1		77	(53,06)	147

De 147 expressões, em: 69 (46,93%) estabeleceu-se a interação
78 (53,06%) não se estabeleceu a interação

Os achados nesta Tabela demonstram que a maioria dos procedimentos técnicos são feitos sem interação (53,06%).

Ocorreu apenas um índice de 14,44% de interações na avaliação de sinais vitais. Na determinação dos mesmos, a avaliação da TA e R* é antagônica à interação, o que em parte explica o baixo índice.

Apesar de que a Cliente não deveria falar durante a avaliação dos sinais vitais (aferição de TA e R, principalmente), houve 84,44% de tentativas de interação frustradas.

Entretanto, ocorreu uma mudança nos dados obstétricos, em que se oportuniza a interação, como fica comprovado pelo índice de 96,49%. Ao contrário da avaliação dos sinais vitais, o assunto aqui parece mais atuante ou familiar para o Agente de Enfermagem, ou seja, não é o conforto da Cliente, mas sim, o conforto da equipe que estabelece a interação. Isto está em oposição ao que CIARI JR.¹³ conclui: "*existimos em nossa profissão para a realização do bem coletivo, do bem da paciente e, por consequência, de nosso próprio bem. Se conseguirmos estes objetivos estaremos realizados; o contrário será a realização de nós próprios*".

* TA = Tensão arterial

R = Movimentos respiratórios por minuto

Os achados nesta Tabela demonstram que a maioria dos procedimentos técnicos são feitos sem interação (53,06%).

Ocorreu apenas um índice de 14,44% de interações na avaliação de sinais vitais. Na determinação dos mesmos, a avaliação da TA e R* é antagônica à interação, o que em parte explica o baixo índice.

Apesar de que a Cliente não deveria falar durante a avaliação dos sinais vitais (aferição de TA e R, principalmente), houve 84,44% de tentativas de interação frustradas.

Entretanto, ocorreu uma mudança nos dados obstétricos, em que se oportuniza a interação, como fica comprovado pelo índice de 96,49%. Ao contrário da avaliação dos sinais vitais, o assunto aqui parece mais atuante ou familiar para o Agente de Enfermagem, ou seja, não é o conforto da Cliente, mas sim, o conforto da equipe que estabelece a interação. Isto está em oposição ao que CIARI JR.¹³ conclui: "*existimos em nossa profissão para a realização do bem coletivo, do bem da paciente e, por consequência, de nosso próprio bem. Se conseguirmos estes objetivos estaremos realizados; o contrário será a realização de nós próprios*".

* TA = Tensão arterial

R = Movimentos respiratórios por minuto

TABELA VI

Distribuição das expressões de expectativa sobre o filho segundo a interação entre
o Agente de Enfermagem e a Cliente Obstétrica
1982 - RS

EXPRESSÕES DE EXPECTATIVA SOBRE O FILHO	INTERAÇÃO						TOTAL
	F	Completa %	F	Incompleta %	F	Nula %	
Mãe, quanto ao sexo	14	87,50	-	-	2	12,50	16
Pai, quanto ao sexo	3	60,00	-	-	2	40,00	5
Quando irá nascer	48	85,71	-	-	8	14,28	56
Número de filhos	84	97,67	1	1,16	1	1,16	86
TOTAL	149	(91,41)	1		13	(8,58)	163

De 163 expressões, em: 149 (91,41%) estabeleceu-se a interação
14 (8,58%) não se estabeleceu a interação

Nesta Tabela, encontramos uma elevação marcante das interações, 91,41%, e isto justifica-se pelo momento em que ocorrem, ou seja, quando todas as "tarefas" já foram executadas pelo Agente, como a recepção, encaminhamento ao consultório, avaliação e registro de dados técnicos e outras. É o lapso de tempo que permeia entre a chegada da Cliente ao serviço e a avaliação médica.

Conforme MACY²⁶, a gravidez, para a maioria das mulheres, constitui um período de dúvida, de ansiedade, de emoções cambiantes e de dura atividade psicológica. Parece que o tema "expectativas quanto ao filho" configura relação direta com a interação. As três expressões da mãe: - o que ela espera quanto ao sexo; - quando irá nascer; e - o número de filhos, demonstram maior interação, 92,40%, do que as expectativas que expressam o "que o pai espera em relação ao sexo do filho". Neste último caso, a interação estabeleceu-se apenas no índice de 60%. Isto leva a pensar que o Agente de Enfermagem não está plenamente consciente da importância da aceitação paterna. Ora, REZENDE⁴¹ afirma que a "a pessoa do pai, cuja higidez constitui segurança do lar é, conseqüentemente, bem-estar da mãe e do filho".

Sabe-se, por MACY²⁶, que muitos casais evitam escolher um nome para o filho até a ocasião do parto, e até lá dão-lhe um apelido. Às vezes, isso se deve à óbvia incerteza de saber se será menino ou menina. Alguns casais resolvem o impasse elegendo duas alternativas, mas outros acham difícil firmar um compromisso antes de efetivamente porem os olhos na criança.

TABELA VII

TIPOS DE INTERAÇÕES, SEGUNDO AS
EXPRESSÕES OBSERVADAS
1982 - RS

EXPRESSÕES OBSERVADAS	INTERAÇÕES			TOTAL GERAL
	Completas	Incompletas	Nulas	
1º contato	51	0	43	94
Presença sem queixas	24	4	46	74
Exp. sofrimento	28	3	38	69
Emocional/filho	6	0	0	6
Emocional/parto	4	0	0	4
Genéricas s/gravidez	11	2	3	16
Técnicas	69	1	77	147
Factual/filho	149	1	13	163
Total	342	11	220	573

Para efeito de uso do teste X^2 , agruparemos os aspectos emocionais sobre o filhos e sobre o parto numa categoria chamada emoções, que indicam os "medos" que a paciente revela.

DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS DE INTERAÇÕES, SEGUNDO
AS EXPRESSÕES OBSERVADAS

1982 - RS

EXPRESSÕES OBSERVADAS	INTERAÇÕES				TOTAL GERAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		
	F	%	F	%	
1º Contato	51	56,10	43	37,89	94
Presença sem queixas	24	44,16	50	29,83	74
Sufrimento	28	41,18	41	27,81	69
Emoções (medos)	10	5,96	0	4,03	10
Genéricas s/gravidez	11	9,55	5	6,45	16
Técnicas	69	87,73	78	59,26	147
Factual (comentários)	149	97,28	14	65,71	163
Total	342		231		573

Ho: O tipo de interação independe do aspecto observado.

$$X^2 = 119,8685$$

$$X^2_{.05(6)} = 12,59$$

Como: $X^2 = 119,87 > X^2_{.05(6)} = 12,59$

Rejeita-se Ho

INTERPRETAÇÃO

Há associação entre os diversos aspectos observados e o tipo de interação ocorrida, sendo que interações emocionais (medos) e expressão factual sobre o filho (comentários) demonstram superioridade de associação, com interações completas, em relação aos demais aspectos.

DISTRIBUIÇÃO DAS EXPRESSÕES OBSERVADAS SOBRE
O TOTAL GERAL DAS INTERAÇÕES COMPLETAS
1982 - RS

EXPRESSÕES OBSERVADAS	% INTERAÇÕES COMPLETAS SOBRE O TOTAL GERAL
1º contato	54
Presença sem queixas	32
Sufrimento	41
Emoções (medos)	100
Genéricas s/gravidez	69
Técnicas	47
Factual/filho	91

Fazem-se diversas comparações de alguns aspectos observados em relação ao tipo de interação, adotando um valor de $\alpha = 0,004$ para o cálculo da estatística de confronto

$$X^2_{.004(1)} = 7.$$

As comparações feitas são contrastes não-ortogonais.

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
1º contato	51	41,96%	43	46,4%	94	68%
Presença	24	33,04%	50	36,56%	74	32%
Total	75		83		168	

$$X^2 = 19,616 > X^2_{.004(1)} = 7$$

Rejeita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
1º contato	51	45,56%	43	48,44%	94	65%
Sofrimento	28	33,44%	41	35,56%	69	35%
Total	79		84		163	

$$X^2 = 2,9776 < X^2_{.004(1)} = 7$$

Aceita-se Ho

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
1º Contato	51	46.80%	43	47,20%	94	43%
Técnicas	69	73.20%	78	73,80%	147	57%
Total	120		121		241	

$$X^2 = 1,23 < X^2_{.004(1)} = 7$$

Aceita-se Ho

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
1º contato	51	73.15%	43	20,85%	94	25%
Factual	149	126,85%	14	36,15%	163	75%
Total	200		57		257	

$$X^2 = 47,678 > X^2_{.004(1)} = 7$$

Rejeita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
Sufrimento	28	30,99%	41	38,01%	69	28%
Técnicas	69	66.01%	78	80,99%	147	72%
Total	97		119		216	

$$X^2 = 0.769 < X^2_{.004(1)} = 7$$

Aceita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
Sufrimento	28	52,64%	41	16,36%	69	16%
Factual	149	124,36%	14	38,64%	163	84%
Total	177		55		232	

$$X^2 = 69,239 > X^2 = 7$$

Rejeita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
Genéricas	11	7,85%	5	8,15%	16	14%
Técnicas	69	72,15%	78	74,85%	147	86%
Total	80		83		163	

$$X^2 = 2,75 < X^2 = 7$$

Aceita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
Genéricas	11	14,30%	5	1,69%	16	7%
Factual	149	145,70%	14	17,31%	163	93%
Total	160		19		179	

$$\chi^2 = 7,95 > \chi^2 = 7$$

Rejeita-se Ho

EXPRESSÕES	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
Técnicas	69	103,37%	78	43,63%	143	32%
Factual	149	114,63%	14	48,37%	163	68%
Total	218		92		310	

$$\chi^2 = 73,23 > \chi^2 = 7$$

Rejeita-se Ho

Para as comparações seguintes, usaremos o teste exato de Fisher, pois há 25% das frequências esperadas menores que 5, o que impossibilita o uso do teste χ^2 e adotaremos $\alpha = 0,004$ e H_0 : A interação é independente do aspecto observado.

EXPRESSÕES	COMPLETA	INCOMPLETA	TOTAL	
Técnicas	69	78	147	87%
Emoção	10	0	10	13%
Total	79	78	157	

$$P = \sum_{i=0}^d \epsilon p_i \quad P(X=0) = \frac{C_{10}^0 C_{147}^{78}}{C_{157}^{78}}$$

$$P = 0,000000002$$

$$n.m.s. = 0,000000004 < \alpha = 0,002$$

Rejeita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA	INCOMPLETA	TOTAL	
Genéricas	11	5	16	52%
Emoção	10	0	10	48%
Total	21	5	26	

$$P(X=0) = \frac{C_{10}^0 C_{16}^5}{C_{26}^5} = 0,066$$

$$n.m.s. = 0,132 > \alpha = 0,004$$

Aceita-se H_0

EXPRESSÕES	COMPLETA	INCOMPLETA	TOTAL	
Factual	149	14	163	94%
Emoção	10	0	10	6%
Total	159	14	173	

$$P(X=0) = \frac{C_{10}^0 C_{163}^{14}}{C_{173}^{14}} = 0,4199$$

$$n.m.s. = 0,8398 > \alpha = 0,004$$

Aceita-se Ho

EXPRESSÕES	COMPLETA	INCOMPLETA	TOTAL	
1º contato	51	43	94	84%
Emoção	10	0	10	16%
Total	61	43	104	

$$P(X=0) = \frac{C_{10}^0 C_{94}^{43}}{C_{104}^{43}} = 0,0034$$

$$n.m.s. = 0,006 > \alpha = 0,004$$

Aceita-se Ho

TABELA VIII

TIPOS DE INTERAÇÕES, SEGUNDO O TEMPO E

SEGUNDO O NÚMERO DE AGENTES

1982 - RS

TEMPO	1 AGENTE				2 AGENTES				3 AGENTES				TOTAL GERAL
	INTERAÇÕES				INTERAÇÕES				INTERAÇÕES				
	Compl	Inc	Nula	Tot	Compl	Inc	Nula	Tot	Compl	Inc	Nula	Tot	
0 — 5	1	0	1	2	1	0	4	5	0	0	0	0	7
6 — 10	7	0	11	18	17	1	10	28	0	0	0	0	46
11 — 15	20	0	10	30	28	1	16	45	0	0	0	0	75
16 — 20	22	1	20	43	29	1	13	43	0	0	0	0	86
21 — 25	9	1	12	22	35	1	21	57	0	0	0	0	79
26 — 30	18	1	14	33	48	1	29	78	8	0	1	9	120
31 — 35	6	0	3	9	19	1	11	31	0	0	0	0	40
36 — 40	4	0	2	6	21	0	4	25	0	0	0	0	31
41 — 45	5	0	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10
46 — 50	8	1	10	19	16	0	8	24	0	0	0	0	43
51 — 55	2	0	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
56 — 60	0	0	0	0	15	1	8	24	3	0	2	5	29
Total	102	4	93	199	229	7	124	360	11	0	3	14	573

Esse é um caso de *Tabela de Contingências Multidimensionais*.

O objetivo é verificar se existe associação entre as variáveis.

Mesmo agrupando os períodos de tempo dois a dois e classificando interações completas e incompletas por Agentes, os valores das frequências esperadas para o caso de três Agentes, são na sua maioria, menores que um. Como testou-se anteriormente e não há diferença significativa para interações com dois ou três Agentes, agruparemos essas categorias.

CONTIGÊNCIAS MULTIDIMENSIONAIS

INTERAÇÕES (J)	1 AGENTE				2 OU 3 AGENTES				TOTAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		COMPLETAS		INCOMPLETAS		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
0 10	8	10,99	12	7,42	18	20,65	15	13,94	53
11 20	42	33,37	31	22,54	57	62,72	31	42,37	161
21 30	27	41,25	28	27,86	91	77,52	53	52,37	199
31 40	10	14,72	5	9,94	40	27,66	16	18,68	71
41 50	13	10,99	16	7,42	16	20,65	8	13,94	53
51 60	2	7,46	5	5,04	18	14,02	11	9,48	36
Total	102		97		240		134		573

Ho: As 3 variáveis de classificação são mutuamente independentes.

$$GL = 24 - 6 - 2 - 2 + 2 = 16$$

$$X^2_{cal} = 49,411 \quad e \quad X^2_{.05(16)} = 26,30$$

$$\text{Como } X^2_{cal} = 49,411 > X^2_{.05(16)} = 26,30$$

Rejeita-se Ho

INTERPRETAÇÃO

As variáveis em estudo não são mutuamente independentes, estando, portanto, associadas. Quer dizer, quando consideramos o tempo, o tipo de interação e o número de Agentes, há associação entre as 3 variáveis conjuntamente.

Nota: Faremos um teste nesta Tabela, para ver se o tempo é independente das outras variáveis.

HIPÓTESE DE INDEPENDÊNCIA PARCIAL EM TABELAS
MULTIDIMENSIONAIS

Nº DE AGENTES INTERAÇÃO TEMPO	1 AGENTE				2 OU 3 AGENTES				TOTAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		COMPLETAS		INCOMPLETAS		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
0 — 10	8	9,43	12	8,97	18	22,20	15	12,40	53
11 — 20	42	28,67	31	27,25	57	67,43	31	37,65	161
21 — 30	27	35,42	28	33,69	91	83,35	53	46,54	199
31 — 40	10	12,64	5	12,02	40	29,74	16	16,60	71
41 — 50	13	9,43	16	8,98	16	22,20	8	12,39	53
51 — 60	2	6,41	5	6,09	18	15,08	11	8,42	36
Total	102		97		240		134		573

Ho: O tempo independe do tipo de interação e do número de Agentes envolvidos.

$$X^2 = 39,567$$

$$GL = 24 - 4 - 6 + 1 = 15$$

$$X^2_{.05(15)} = 25$$

$$\text{Como } X^2_{\text{cal}} = 39,567 > X^2_{.05(15)} = 25$$

Rejeita-se Ho

INTERPRETAÇÃO

Quando se mede a variável tempo com a variável Agente e com a variável interação, nota-se que essas 3 variáveis estão associadas, ou seja, como se rejeitou a hipótese nula, chegasse à conclusão de que o tempo depende do tipo de interação quando se considera o diferente número de Agentes envolvidos.

TEMPO	% DE INTERAÇÕES COMPLETAS COM 1 AGENTE, SOBRE O TO- TAL DE INTERAÇÕES COM 1 AGENTE	% DE INTERAÇÕES COMPLETAS COM 2 OU 3 AGENTES, SOBRE O TOTAL DE INTERAÇÕES COM 2 OU 3 AGENTES
0 — 10	40%	55%
11 — 20	58%	65%
21 — 30	49%	63%
31 — 40	67%	71%
41 — 50	45%	67%
51 — 60	29%	62%

Evidencia-se superioridade de interações completas com 2 e 3 Agentes, para todos os intervalos de tempo.

Considerando-se as interações completas com 1 Agente, verifica-se que no período de 11 |— 20 min há mais interações do que no intervalo de tempo anterior e o mesmo acontece com o intervalo de 31 |— 40 min em relação ao período de 21 |— 30.

Quando se consideram as interações completas com 2 e 3 Agentes, verifica-se que há um aumento de interações à medida que aumenta o tempo de contato entre a Cliente e Agentes, até o período de 31 |— 40. Depois desse intervalo, não se evidencia aumento de interação à medida que aumenta o tempo.

Logo, em relação aos períodos de tempo, nota-se superioridade de interações (independentemente do tipo) com 2 e 3 Agentes e, dentro dessas interações, evidencia-se superioridade de tipo completa sobre a de tipo incompleta, indicando assim um aumento de interações completas à medida que aumenta o tempo, considerando-se os quatro primeiros intervalos.

TABELA IX

TIPOS DE INTERAÇÕES, SEGUNDO O NÚMERO DE AGENTES
1982 - RS

NÚMERO DE AGENTES	INTERAÇÕES				TOTAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		
	F	%	F	%	
1	102	118,77	97	80,23	199
2	229	214,87	131	145,13	360
3	11	8,36	3	5,64	14
Total	342		231		573

Teste X^2

Ho: O número de Agentes é independente do tipo de interação.

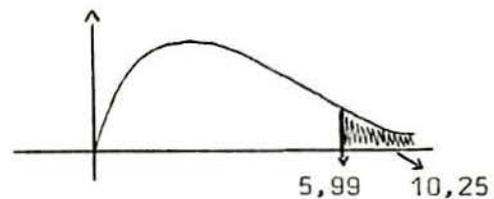
H1: O número de Agentes está associado ao tipo de interação.

$$GL = (r-1) (c-1) = 2 \times 1 = 2$$

$$X^2_{.05(2)} = 5,99$$

$$X^2_{\text{calculado}} = 10,25$$

Decisão: Como $X^2_{\text{cal}} = 10,25 > X^2_{.05(2)} = 5,99$



Rejeita-se Ho

INTERPRETAÇÃO

Há associação entre as variáveis em estudo, sendo que o número de Agentes influencia o tipo de interação, mostrando uma certa superioridade de interações completas com a parturiente, quando há dois ou três Agentes de Enfermagem.

NÚMERO DE AGENTES	INTERAÇÕES		TOTAL
	COMPLETAS	INCOMPLETAS	
1	51%	49%	100%
2	64%	36%	100%
3	79%	21%	100%

A intensidade dessa associação é dada por:

$$V = \sqrt{\frac{X^2}{n \min[(r-1)(c-1)]}} = 0,1337$$

O valor 0,1337 demonstra que há associação, mas sem ser muito significativa.

FAZENDO COMPARAÇÕES, TESTA-SE:

- 1) A influência no tipo de interação quando há 1 Agente contra 2 ou 3 Agentes [1 x (2+3)]

NÚMERO DE AGENTES	INTERAÇÕES				TOTAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		
	F	%	F	%	
1	102	118,77	97	80,23	199
2+3	240	223,23	134	150,77	374
Total	342		231		573

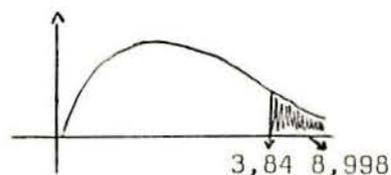
Teste χ^2

Ho: Independência

H1: Associação

$$\chi^2 = 8,998 \quad \text{e} \quad \chi^2_{.05(1)} = 3,84$$

$$\text{Como } \chi^2 = 8,998 > \chi^2_{.05(1)} = 3,84$$



Rejeita-se Ho

INTERPRETAÇÃO

O número de interações completas com 2 ou 3 Agentes é superior ao número de interações completas quando há apenas 1 Agente de Enfermagem.

2) A influência no tipo de interação quando há 2 Agentes contra 3. (2x3)

NÚMERO DE AGENTES	INTERAÇÕES				TOTAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		
	F	%	F	%	
2	229	231,02	131	128,98	360
3	11	8,98	3	5,02	14
Total	240		134		374

Teste χ^2

Ho: Número de Agente independente do tipo de interação.

H1: Há associação entre as variáveis.

$$\chi^2 = 1,32 \quad \chi^2_{.05(1)} = 3,84$$

Neste caso, aceita-se Ho

INTERPRETAÇÃO

Não é significativa a diferença do tipo de interação, quando consideramos dois a três Agentes de Enfermagem.

TABELA X

TIPOS DE INTERAÇÕES, SEGUNDO O TEMPO DE PERMANÊNCIA,
 TOTAL GERAL E NÚMERO DE CLIENTES ATENDIDAS
 POR INTERVALO DE TEMPO
 1982 - RS

TEMPO DE PERMANÊNCIA	INTERAÇÕES			TOTAL GERAL	NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS
	COMPLETAS	INCOMPLETAS	NULAS		
0 — 5	2	0	5	7	2
6 — 10	24	1	21	46	10
11 — 15	48	1	26	75	15
16 — 20	51	2	33	86	15
21 — 25	44	2	33	79	13
26 — 30	74	2	44	120	18
31 — 35	25	1	14	40	7
36 — 40	25	0	6	31	4
41 — 45	5	0	5	10	2
46 — 50	24	1	18	43	7
51 — 55	2	0	5	7	1
56 — 60	18	1	10	29	5
Total	342	11	220	573	99

Esta Tabela não pode ser utilizada na forma em que está, mesmo considerando a coluna de interações completas e as colunas de interações incompletas e nulas. Como, para os intervalos de tempo dados, há frequências observadas muito pequenas, isso impossibilita o uso do teste quiquadrado usual, pois dá frequências esperadas menores que 5 para mais de 20% dos casos.

Uma solução para este caso, é agrupar categorias. Então, os períodos de tempo serão de 10 min.

DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO, SEGUNDO O

TIPO DE INTERAÇÃO OCORRIDA

1982 - RS

TEMPO DE PERMANÊNCIA	INTERAÇÕES				TOTAL GERAL
	COMPLETAS		INCOMPLETAS		
0 — 10	26	(31,633)	27	(21,367)	53
11 — 20	99	(96,094)	62	(64,906)	161
21 — 30	118	(118,775)	81	(80,225)	199
31 — 40	50	(42,377)	21	(28,623)	71
41 — 50	29	(31,634)	24	(21,366)	53
51 — 60	20	(21,487)	16	(14,513)	36
Total	342		231		573

Os valores colocados entre parênteses são as frequências esperadas.

Teste χ^2

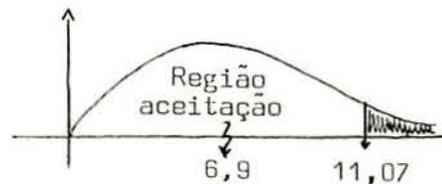
H_0 : O tempo é independente do tipo de interação

H_1 : Há associação entre o tempo e o tipo de interação

$$\chi^2 = \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad \chi^2 = 6,91979$$

$$\chi^2_{.05(5)} = 11,07$$

$$\text{Como } \chi^2 = 6,9 < \chi^2_{.05(5)} = 11,07$$



Aceita-se H_0

INTERPRETAÇÃO

A variável tempo é independente do tipo de interação.

Verifica-se que as variáveis "tipo de interação" e "tempo" não estão associadas, pois o teste X^2 levou-nos à aceitação da hipótese nula.

Faremos outro teste, também com aplicações de X^2 , para realmente confirmar, através dos períodos de tempo originais (5 min.), a independência entre as variáveis em estudo.

Este teste consiste, através de tabelas de frequências para escores atribuídos às variáveis, em determinar uma relação linear crescente entre as variáveis, se rejeitarmos H_0 .

TESTE X^2 PARA REGRESSÃO LINEAR

TEMPO	INTERAÇÕES		TOTAL GERAL	% DE INT. COMPLETAS
	COMPLETAS (1)	INCOMPLETAS (0)		
0 — 5	2	5	7	0,286
6 — 10	24	22	46	0,522
11 — 15	48	27	75	0,640
16 — 20	51	35	86	0,593
21 — 25	44	35	79	0,557
26 — 30	74	46	120	0,617
31 — 35	25	15	40	0,625
36 — 40	25	6	31	0,806
41 — 45	5	5	10	0,500
46 — 50	24	19	43	0,558
51 — 55	2	5	7	0,286
56 — 60	18	11	29	0,621
Total	342	231	573	

H_0 : A ocorrência de interações completas independe do tempo.

H_1 : Há uma tendência linear de acréscimo na ocorrência de interações completas, à medida que o tempo aumenta.

FREQUÊNCIA PARA ESCORES DE TEMPO X

x_i	x_i^2	o_i	$o_i \cdot x_i$	$o_i \cdot (x_i)^2$
-6	36	7	-42	1.512
-5	25	46	-230	5.750
-4	16	75	-300	4.800
-3	9	86	-258	2.322
-2	4	79	-158	632
-1	1	120	-120	120
1	1	40	40	40
2	4	31	62	248
3	9	10	30	270
4	16	43	172	2.752
5	25	7	35	875
6	36	29	174	6.264
		573	-595	25.585

FREQUÊNCIA PARA ESCORES DE INTERAÇÕES COMPLETAS (Y)

y_j	y_j^2	$o \cdot j$	$o \cdot j y_j$	$o \cdot j (y_j)^2$
1	1	342	342	342
0	0	231	0	0
			342	342

FREQUÊNCIAS PARA ESCORES DE TEMPO E DE

INTERAÇÕES COMPLETAS X E Y

X_i	Y_j	O_{ij}	$X_i Y_j$	$O_{ij} X_i Y_j$
-6	1	2	-6	-12
-5	1	24	-5	-120
-4	1	48	-4	-192
-3	1	51	-3	-153
-2	1	44	-2	-88
-1	1	74	-1	-74
1	1	25	1	25
2	1	25	2	50
3	1	5	3	15
4	1	24	4	96
5	1	2	5	10
6	1	18	6	108
-6	0	5	0	0
-5	0	22	0	0
-4	0	27	0	0
-3	0	35	0	0
-2	0	35	0	0
-1	0	46	0	0
1	0	15	0	0
2	0	6	0	0
3	0	5	0	0
4	0	19	0	0
5	0	5	0	0
6	0	11	0	0
		573		-335

$$CYX = -335 - \frac{(-595)(342)}{573} = 20,13$$

$$CXX = 25.585 - \frac{(-595)^2}{573} = 24.967,155$$

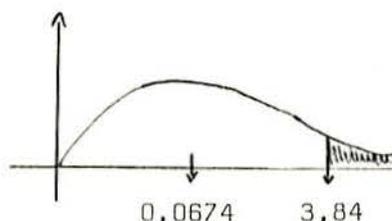
$$CYY = 342 - \frac{(342)^2}{573} = 137,87$$

$$BYX = \frac{CYX}{CXX} = \frac{20,13}{24967,155} = 0,000806$$

$$V(BYX) = \frac{1}{n} \frac{CYY}{CXX} = \frac{1}{573} \times \frac{137,87}{24967,155} = 0,00000964$$

$$X^2_{\text{reg. linear}} = \frac{BY^2X}{V(BYX)} = \frac{(0,000806)^2}{0,00000964} = 0,0674$$

$$X^2_{\text{reg. linear}} = 0,0674 < X^2_{.05(1)} = 3,84$$



INTERPRETAÇÃO

Como $X^2_{\text{reg. linear}}$ é não-significativo, verifica-se que a ocorrência de interações completas independe do tempo.

NOTA:

Não há tendência linear de acréscimo. Também, não se pode dizer que as interações completas aproximam-se de uma distribuição normal.

Há um tempo em que chegam mais Clientes, o que implica um aumento de interações (11 a 30 minutos), mas não é suficiente para se analisar, no seu todo, o desenvolvimento das interações completas durante o tempo.

INTERPRETAÇÃO GERAL

Em todas as comparações em que se chegou à aceitação de Ho, as evidências encontradas não foram suficientes para determinar associação entre os aspectos observados e o tipo de interação.

Nas comparações em que houve rejeição de Ho, há associação entre os aspectos observados e o tipo de interação, quer dizer, o tipo de interação depende do aspecto que está sendo observado.

Nota-se em relação às expressões emocionais que, quando há interação neste aspecto, ela é completa, não tendo havido casos de interação incompleta nem nula. Uma explicação talvez seja o fato desse aspecto ser "os medos" que a Cliente demonstra em relação ao parto e ao filho; então, o Agente de Enfermagem sente-se condicionada a diminuir esse "medo" acalmando-a, pois a demonstração deste tipo de reação por parte da Cliente é um pedido de tranquilização, de alívio, etc.

Nas comparações em que se rejeitou Ho, a associação

existente entre as variáveis está a indicar que o número de interações completas na expressão factual sobre o filho é superior a todos com que foi comparado. Na expressão de "1º contato", o número de interações completas é superior ao do aspecto de "*Presença sem queixas*". As expressões técnicas, na quase totalidade das comparações em que foram envolvidas, levaram à aceitação de Ho. O motivo é que, por ser uma parte técnica, que inclui a tomada de sinais vitais e os dados obstétricos, que têm de ser considerados, quase sempre independente do fato de ter havido interação completa com a Cliente ou de que haja essa interação.

As expressões técnicas só foram rejeitadas quando comparadas às emoções, mostrando-se superiores em número de interações completas (resultado devido ao pouco número de interações completas da expressão emocional).

Apresenta-se no Quadro 1 a proporção de Agentes de Enfermagem por Cliente Obstétrica.

QUADRO 1

Proporção de Agentes de Enfermagem por Cliente Obstétrica durante a interação

1982 - RS

AGENTE	F	%
1	38	38,38
2	59	59,59
3	2	2,02
TOTAL	99	

Em um primeiro momento, pareceu ter havido uma proporção de 1:1, já que foram 99 Clientes e 99 Agentes; mas constatou-se que houve, possivelmente, uma concorrência de ações em alto índice, 59,59%, em categorias diferentes de Agentes, sendo perturbador para a interação, por exemplo, o fato de um Agente perguntar e outro atuar.

Havendo mais de uma pessoa em ação, o período de interação efetiva fica diminuído, explicando-se assim, talvez, a alta concentração nas expressões técnicas, conforme a Tabela V, em que só nos dados obstétricos houve um índice de 96,49% de interações.

6 - CONCLUSÕES

A partir da análise e discussão dos resultados obtidos, pode-se chegar a algumas conclusões que, em resumo, são as seguintes:

Referentemente ao primeiro objetivo, constatou-se que

- nas expressões de "1º contato" ocorreram 56,10% de interações completas, levando-nos a inferir que a ação pode ter partido da própria parturiente e que o Agente de Enfermagem somente retribuiu o gesto, já que em 37,89% das vezes as interações foram incompletas neste momento:

- nas expressões de "*Presença sem queixa*" ocorreram 44,16% de interações completas e 29,83% incompletas ou nulas, demonstrando-se aqui que o Agente de Enfermagem manteve-se imperturbável face à inexpressividade de queixas feitas pela Cliente;

- já nas expressões de sofrimento, encontramos 41,18% de interações completas e 27,81% de incompletas, supondo-se que o Agente de Enfermagem intercedeu porque a parturiente ou chorava, ou gemia, ou referia contração uterina ou referia

dor. É provável que a ação tenha partido da Cliente Obstétrica e que o Agente a confortasse;

- nas expressões de medo - sendo este o momento ideal do Agente de Enfermagem procurar aliviar a tensão da Cliente (que teme pela sua vida, pela de seu filho que vai nascer e de como será este parto) -, constataram-se somente 5,96% de interações completas. Ora, isto contraria não só a opinião de outros autores, como as práticas milenares de parturição, em que as mulheres sempre se ajudaram mutuamente nesses momentos;

- para as expressões genéricas sobre a gravidez, em que 9,55% das interações foram completas, é de se esperar que a própria Cliente demonstrasse contentamento com sua fase gestatória. Apesar disso, 6,45% das interações foram incompletas, porque talvez houvesse indiferença ou, novamente, a ação não tivesse partido do Agente;

- nas expressões técnicas temos um alto índice de interações completas, 87,73% para um índice de 59,26% de interações incompletas. Isto se deve a que incluem-se aqui os dados obstétricos, que são adotados na forma de perguntas e respostas, e a avaliação de sinais vitais, em que a maioria das pessoas tem curiosidade sobre seus níveis tensionais;

- nas expressões factuais ou de expectativas sobre o filho, achamos 97,28% de interações completas, que se justificam pelo momento em que ocorreram, isto é, foram cumpridos os "rituais" preparatórios para a chegada do médico e, em 65,71%, as interações foram incompletas, o que não impede que a ação também tenha partido da Cliente;

- encontramos índices mais elevados de interações completas quando o Agente de Enfermagem gratifica-se com o comportamento proposto pela Cliente, o que é surpreendente.

Em vista do segundo objetivo, quando se considera o número de Agentes em relação ao tempo, conclui-se que o aumento do tempo não modifica estabelecimento, ou não, da interação visto que:

- as interações completas com a ação de um Agente ocorreram em maior índice nos intervalos de 0 a 20 minutos - 33,37%, e de 0 a 30 minutos - 41,25%, sendo que também as interações incompletas, para o mesmo número de Agentes e os mesmos intervalos de tempo, foram de 22,54% e 27,86%, respectivamente;

- as interações completas com a ação de dois ou três Agentes também apresentaram os índices mais elevados, nos intervalos de tempo acima citados, ou seja, de 62,72% e de 77,52%, enquanto que as interações incompletas foram de 42,37% e de 52,37%, respectivamente.

Quando foi avaliado o número de agentes exercendo influência no estabelecimento da interação, verificou-se que os índices de 118,77% de interações completas para a ação de um Agente e de 80,23% de interações incompletas, também para um Agente, são mais significativos do que os índices de interações completas e incompletas para dois ou três Agentes. Condiz esta constatação com o fato de que a presença de mais de uma pessoa, geralmente, é perturbadora para o relacionamento direto entre as pessoas.

A resposta ao terceiro objetivo, - com a pergunta sobre se a quantidade de tempo influi no número de interações entre Agente de Enfermagem e Cliente Obstétrica - é que as interações não aumentaram com o passar do tempo, quer dizer, o fato de a paciente ficar mais tempo com o Agente de Enfermagem não implica que haja maior interação.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ADEMUWAGUN, Z.A. The role of school health education in developing countries. Health Education of Journal, Washington, 29(4):111-20, 1970.
- 2 - AMARAL, Maria Leonor. Enfermagem: uma abordagem filosófica. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(6):319-20, nov./dez. 1976.
- 3 - ARNT, Ivo Carlos. Assistência à Gestante no Brasil. Fêmina, Rio de Janeiro, 4(3):141-6, mar. 1976.
- 4 - AZZOLINI, E. et alii. The social problem of pregnancy in the girl of marriageable age. Professioni Infermieristiche, Roma, 23(2):65-8, Mar./Apr. 1970.
- 5 - BENSON, Ralph C. Manual de Obstetrícia e Ginecologia. 5.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976. p. 41, 449.
- 6 - BETHEA, Doris. Enfermeria materno-infantil. 2.ed. México, Interamericana, 1977. 252 p.
- 7 - BOEMER, Magali R. Funções da enfermeira e suas perspectivas. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(3):170-3, maio/jun. 1976.
- 8 - BRAVO, A. Z. Health education in industry. International Journal of Health Education, Genebre, 1(1):16-24, Jan. 1958.

- 9 - CARVALHO, Lourdes de F. Admissão de pacientes. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 2(3):9-11, mar. 1954.
- 10 - CARVALHO, Solange L. Assistência a pacientes na Clínica Obstétrica. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 17(5):312-7, out. 1964.
- 11 - CHAVES, Mário. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1970. p. 70, 116.
- 12 - CHIOTA, Betty Y. et alii. Effects of separation from spouse on pregnancy labor and delivery and the post partum period. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Prencpal Nursing, Hagerstown, 5(1)21-4, Jan./Feb. 1976.
- 13 - CIARI Jr., Cyro. O que o médico espera da enfermeira obstétrica no pré-natal. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 17(5):209-4, out. 1964.
- 14 - COSTA, Pedro Luiz. Aspectos sociais da Assistência Obstétrica. Revista de Medicina do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, 4(2/4):76-87, set./dez. 1975.
- 15 - _____. Clínica Obstétrica: manual do residente. 2.ed. Porto Alegre, Ed. Meridional Emma, 1969. 252 p.
- 16 - DEUTCH, H. La psicologia de la mujer. Buenos Aires, Losada, 1960. p. 10.
- 17 - DONELL, H.C. & GLICK, S.J. The nurse and the unshed mother. Nursing Outlook, New York, 5(5):249-51, May 1957. Apud: FREDDI, Wanda E. da S. Influência dos exercícios respiratórios e do estado civil no comportamento da parturiente. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 28(1):7-19, jan./fev. 1976.
- 18 - DOURADO, Haydeé G. Abordagens novas na atenção de enfermagem e a necessidade de continuação entre os enfermeiros dos serviços e do ensino. Revista Brasileira de En-

fermagem, Brasília, 28(1):64-8, jan./fev. 1976.

- 19 - FRANCO, Glaci R. de M. et alii. Manual de procedimentos básicos para o auxiliar de enfermagem. São Paulo, Eli Lilly do Brasil, s.d. 103 p.
- 20 - FREDDI, Wanda E. da S. Influência dos exercícios respiratórios e do estado civil no comportamento da parturiente. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 28(1):7-19, jan./Fev. 1976.
- 21 - FREEZE, Brigid M. Sharing: brief life. Nursing, Horsham, 9(4):88, Apr. 1979.
- 22 - GOMES, Daysi L.S. Estudo e observação do comportamento de mães e gestantes em relação aos cuidados que dispensam ou dispensarão a seus filhos. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 26(6):388-403, out./dez. 1973.
- 23 - GRIFFITHS, W. The educational, approach to health work. California's Health, California, 15(12), Dec. 1957. Apud: PIMONT, Rosa P. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, Washington, 52(1):14-22, jan. 1977.
- 24 - JORGE, Dilce R. A obstetrix no campo de ensino. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 28(2):41-6, abr./jun. 1975.
- 25 - LUZ, Anna Maria H. Avaliação de conhecimentos sobre o cuidado pós-natal evidenciado por puérperas. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1981. 107 p. Dissert. (Mest. Enf. Materno-Infantil).
- 26 - MACY, Christopher & FACKNER, Frank. Gravidez e parto: prazeres e problemas. São Paulo, Ed. Harper & Row do Brasil, 1979. 128 p.
- 27 - MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da gravidez, parto

- e puerpério. 3. ed. Petrópolis, Vozes, 1980. p. 9.
- 28 - MALDONADO, Maria Tereza P. et alii. A ilusão de onipotência na relação médico-cliente. Fêmina, Rio de Janeiro, 6(4):324-31, abr. 1978.
- 29 - _____. Nós estamos grávidos? 2.ed. Rio de Janeiro, Bloch Educação, 1979. 12 p.
- 30 - NERY, Maria Elena da S. Avaliação do desempenho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1976. 54 p. Tese (Liv. Doc. Enfermagem).
- 31 - OGUISSO, Taka & SCHMIDT, Maria José. Problemas assistenciais de enfermagem nos hospitais e clínicas particulares. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 28(1): 24-37, jan /mar. 1976.
- 32 - OLIVEIRA, Dely G. de O. & TALRA, Sonô. Enfermagem Obstétrica. Brasília, Ed. Expressão e Cultura, 1972. p. 42-4, p. 36. (Coleção Atendente de Enfermagem, nº 6).
- 33 - OPS/OMS. Agenda para la salud en las Americas. Publicacion Cientifica, Washington, (216), 1970.
- 34 - PAZ, Maria P. Estudo da frequência à consulta pré-natal e sua relação com características maternas e dos recém-nascidos. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1978. 75 p. Dissert. (Mest. Enf. Materno-Infantil).
- 35 - PELÁ, Nilza T.R. Contribuição ao estudo da assistência pré-natal em um município paulista. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1972. 93 p. Tese (Dout. Enfermagem).
- 36 - PIMONT, Rosa P. A educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 52(1):14-22, jan. 1977.

- 37 - PIZZATO, Marina. Competências do enfermeiro pediátrico do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, UFRGS/Faculdade de Educação, 1979. 162 p. Tese (Mestre Educação).
- 38 - PUFFER, Ruth R. & SERRANO, Carlos V. Características de la mortalidad en la niñez. Publicacion Cientifica, Washington, (262):1-490, 1973.
- 39 - REEDER, Sharon R. et alii. Enfermeria materno-infantil. Washington, OPS/OMS, 1978. 668 p.
- 40 - REZENDE, Jorge. Obstetrícia. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. cap. 1, p. 3.
- 41 - REZENDE, Marina de A. Considerações sobre enfermagem obstétrica, Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 12(1):50-7, mar. 1959.
- 42 - RIBEIRO, Sonia. Quem deve fazer a seleção do paciente? Revista Paulista de Hospitais, São Paulo. 13(2):33-7, fev. 1965.
- 43 - RODRIGUES, Creusa P. Editorial: assistência materno-infantil. Boletim da Saúde, Porto Alegre, 2(2):1-3, fev. 1970. Apud: PAZ, Maria P. Estudo da frequência à consulta pré-natal e sua relação com características maternas e dos recém-nascidos. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1978. 75 p. Dissert. (Mest. Enfermagem Materno-Infantil).
- 44 - SCHMIDT, Maria José. Curso de preparação para o parto: sua execução e avaliação. Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1976. 73 p. Tese (Liv. Doc. Enfermagem).
- 45 - SOUZA, Alírio B. de. Implicações médico-legais da gravidez. Fêmina, Rio de Janeiro, 4(6):398-400, jun. 1976.
- 46 - SPITZ, Renê A. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das rela-

ções objetais. São Paulo, Martins Fontes, 1979. 344 p.

- 47 - TESCK, Eunice C. de B. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral do paciente hospitalizado: a participação de familiares. Revista Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(6):351-3, jan./fev. 1976.
- 48 - WILLIAMS, Florence. Las crisis de la hospitalizacion. In: CLINICAS de enfermeria de North America. México, Interamericana, mar. 1974. p. 37-45.
- 49 - WOLFF NETTO, A. Aspectos psicológicos do ciclo grávido-puerperal. In: REZENDE, Jorge. Obstetrícia, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1962. v. 1, p. 270-7.
- 50 - ZIEGEL, Erna E. & CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. 7.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. cap. 9, p. 160-1; cap. 14, p. 236, 242; cap. 21, p. 479-83.

A N E X O S

ANEXO I

Porto Alegre, 15 de dezembro de 1977

Senhora Presidente:

Através do presente, solicitamos o fornecimento de uma relação nominal de todos os hospitais de Porto Alegre, RS, a fim de que possamos contactar com os mesmos.

Nosso objetivo é uma seleção daqueles que possuem Maternidade para podermos aplicar um instrumento de pesquisa, como atividade discente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Atenciosamente,

Sonia Maria Motink Agostini
COREN-RS 3177

Ilma. Sra.

Enf. DEBORAH DE AZEVEDO VEIGA

M.D. Presidente do COREN-RS

N/CAPITAL

ANEXO I-A

RELAÇÃO DOS HOSPITAIS DE PORTO ALEGRE

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1 - Banco de Olhos de Porto Alegre | - Rua Eng. Walter Boehl, 285 |
| 2 - Hosp. Independência Ltda. | - Av. Antonio de Carvalho, 450 |
| 3 - Hosp. Vila Nova Ltda. | - Rua Mar. Mesquita, 155 |
| 4 - Cent. Clín. Recup. Rep. Ltda. | - Rua Luciana de Abreu, 115 |
| 5 - Assoc. Encarnacion Blaya | - Rua Santana, 1455 |
| 6 - Clín. Sul Bras. Cirur. Plást. | - Rua Prof. André Puente, 396 |
| 7 - Unid. Intern. Psiquiatr. Comun. | - Rua Dr. Florêncio Ygartua, 131 |
| 8 - Divisão de Pronto Socorro | - Largo Theodor Herzil s/nº |
| 9 - Hosp. Mãe de Deus | - Rua José de Alencar, 286 |
| 10 - Hosp. Cristo Redentor S.A. | - Rua Domingos Rubbo, 20 |
| 11 - Hosp. Universitário da PUC | - Av. Ipiranga, 6690 |
| 12 - Hosp. de Clínicas de P. Alegre | - Rua Ramiro Barcelos s/nº |
| 13 - Hosp. de Clín. Dr. Lazzarotto | - Av. Assis Brasil, 1616 |
| 14 - Hosp. Ernesto Dornelles | - Av. Ipiranga, 1801 |
| 15 - Hosp. Espírita | - Av. Clemenciano Barnasque, 733 |
| 16 - Hosp. Fêmeina | - Rua Mostardeiro, 17 |
| 17 - Hosp. Divina Providência | - Rua da Gruta, 145 |
| 18 - Hosp. Dr. Maia Filho S.A. | - Rua Almirante Barroso, 750 |
| 19 - Hosp. Matern. Santa Ana Ltda. | - Rua Vicente da Fontoura, 1470 |
| 20 - Hosp. Menino Deus Ltda. | - Av. Praia de Belas, 2124 |
| 21 - Hosp. Moinhos de Vento | - Rua Ramiro Barcelos, 910 |
| 22 - Hosp. da Criança Conceição Ltda. | - Rua Francisco Trein, 596 |
| 23 - Hosp. N. Sa. da Conceição | - Rua Francisco Trein, 596 |
| 24 - Hosp. Petrópolis | - Rua Cel. Lucas de Oliveira, 2040 |

- | | |
|---|------------------------------------|
| 25 - Hosp. de Porto Alegre | - Rua Gen. João Teles, 68 |
| 26 - Hosp. Presidente Vargas | - Av. Independência, 661 |
| 27 - Pronto Socorro Particular S.A. | - Av. Independência, 522 |
| 28 - Hosp. de Reumatologia S.A. | - Rua Ramiro Barcelos, 1056 |
| 29 - Hosp. Sanatório Partenon | - Av. Bento Gonçalves s/nº |
| 30 - Instituto de Cardiologia | - Av. Princesa Isabel, 395 |
| 31 - Inst. Psiquiátrico Forense | - Av. Bento Gonçalves, 2850 |
| 32 - Hosp. Psiquiátrico São Pedro | - Av. Bento Gonçalves, 2498 |
| 33 - Plant. Atend. Psiquiátr. (PAP) Lt. | - Rua Carlos Von Koseritz, 775 |
| 34 - Sanatório Belém | - Av. Prof. Oscar Pereira, 8300 |
| 35 - Sanatório São José Ltda. | - Av. Prof. Oscar Pereira, 4821 |
| 36 - Santa Casa de Misericórdia | - Pça. Dom Feliciano s/nº |
| 37 - Hosp. da Criança S. Antônio | - Av. Ceará, 1549 |
| 38 - Hosp. Santa Rita | - Rua Sarmiento Leite, 187 |
| 39 - Hosp. São Francisco | - Pça. Dom Feliciano s/nº |
| 40 - Pavilhão Pereira Filho | - Pça. Dom Feliciano s/nº (fundos) |
| 41 - Pavilhão São José | - Pça. Dom Feliciano s/nº |
| 42 - Soc. Port. de Beneficência | - Av. Independência, 270 |
| 43 - Pronto Socorro Particular S.A. | - Av. Getulio Vargas, 1343 |
| 44 - Hosp. Militar de P. Alegre | - Av. Mariland, 5 |
| 45 - Hosp. de Reumatologia | - Rua Álvaro Alvim, 400 |
| 46 - Hosp. da Brigada Militar | - Rua Dr. C. Menezes s/nº |

11 Maternidades

46 Hospitais

ANEXO II

Porto Alegre, 05 de março de 1978

Senhor Administrador:

Usamos da oportunidade para solicitar-lhe alguns dados quanto ao hospital que V.Sa. dirige, como atividade preliminar de nossa pesquisa na área de Enfermagem Obstétrica.

Na certeza de sua colaboração, firmamo-nos

Atenciosamente,

Sonia Maria Motink Agostini

COREN-RS 3177

Ilmo. Sr.

.....

M.D. Administrador do Hospital

N/CAPITAL

INSTRUMENTO Nº 1

LEVANTAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, QUE POSSUEM UNIDADE OBSTÉTRICA

1. DO SERVIÇO DE SAÚDE:

1.1 Nome do Hospital: -----
-----1.2 Classificação segundo a entidade mantenedora: -----

1.3 Quanto ao número de leitos:

. total geral do Hospital	-----	leitos
. total da Unidade Obstétrica	-----	leitos
. total da Sala de Trabalho de Parto	-----	leitos
. total do Berçário	-----	leitos

1.4 Quanto à média de permanência da
paciente obstétrica, em dias:

. para parto normal	-----	dias
. para parto cirúrgico	-----	dias

1.5 Quanto à média mensal de partos:

. normal	-----	partos
. cirúrgico	-----	partos

2. DO PESSOAL:

2.1 Qual o número total de funcionários
no Hospital? (incluem-se médicos, pes-
soal de enfermagem, administrativo e ou-
tros) ----- pessoas

2.2 Qual o número de Enfermeiros(as)?

- . no Hospital ----- Enfermeiros(as)
- . na Unidade Obstétrica ----- Enfermeiros(as)

2.3 Qual o número de Auxiliar de Enfermagem?

- . no Hospital ----- Aux. Enfermagem
- . na Unidade Obstétrica ----- Aux. Enfermagem

2.4 Qual o número de Residentes de Medicina?

- . no Hospital ----- Residentes
- . na Unidade Obstétrica ----- Residentes

3. DA JORNADA DE TRABALHO:

3.1 Qual a jornada de trabalho do pessoal de Enfermagem?

- . 06 h/diárias com uma folga semanal ()
- . 07 h/diárias com uma folga semanal ()
- . 08 h/diárias com uma folga semanal ()
- . 12 h/diárias alternadas ()
- . 12 h/diárias com duas folgas alternadas ()

4. QUANTO À ADMISSÃO DA PARTURIENTE:

4.1 Quem, rotineiramente, admite a paciente na Unidade Obstétrica?

- . Enfermeira Obstetra ()
- . Residente de Medicina ()
- . Médico Particular ()
- . Plantonista do INPS ()
- . Auxiliar de Enfermagem ()
- . Parteira ()

INSTRUMENTO Nº 2

REGISTRO DE INTERAÇÕES ENTRE O AGENTE DE ENFERMAGEM E A CLIENTE OBSTÉTRICA

Local: _____ Início: _____ Término: _____ Tempo total: _____

Agente de Enfermagem: _____ Cliente: _____ Formulário: _____

	CLIENTE	AGENTE DE ENF.	AVALIAÇÃO		
			1	2	3
1º contato					
Sorri _____					
Não corresponde _____					
Séria _____					
Não corresponde _____					
Outros _____					
Calma (não expressa sofrimento) _____					
Tenta tranquilizar a Cliente por gesto _____					
" " " " palavras _____					
" " " " gesto/palavras _____					
Não corresponde _____					
Outros _____					
EXPRESSÃO DE SOFRIMENTO					
Gemendo _____					
Tenta tranquilizar a Cliente por gesto _____					
" " " " palavras _____					
" " " " gesto/palavras _____					
Não corresponde _____					
Outros _____					
Chorando _____					
Tenta tranquilizar a Cliente por gesto _____					
" " " " palavras _____					
" " " " gesto/palavras _____					
Não corresponde _____					
Outros _____					
Refere dor _____					
Tenta tranquilizar a Cliente por gesto _____					
" " " " palavras _____					
" " " " gesto/palavras _____					
Não corresponde _____					
Outros _____					
Refere contração _____					
Tenta tranquilizar a Cliente por gesto _____					
" " " " palavras _____					
" " " " gesto/palavras _____					
Não corresponde _____					
Outros _____					

EXPRESSÃO EMOCIONAL SOBRE O FILHO	CLIENTE	AGENTE DE ENF.	AVALIAÇÃO		
			1	2	3
Expressa medo quanto ao feto nascer c/defeito					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do medo					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
Expressa medo quanto ao feto nascer morto					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do medo					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
EXPRESSÃO EMOCIONAL SOBRE O PARTO					
Expressa medo quanto ao parto transpélvico					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do medo					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
Expressa medo quanto ao parto transoperatório					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do medo					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
Expressa medo quanto ao trabalho de parto rápido					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do medo					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
Expressa medo quanto ao trabalho de parto prolongado					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do medo					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					

EXPRESSÃO GENÉRICA	CLIENTE	AGENTE DE ENF.	AVALIAÇÃO		
			1	2	3
Expressa descontentamento com a gravidez					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade do descontentamento					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
Expressa contentamento (aceitação) com a gravidez					
Agente procura reforçar o contentamento sem informar					
Agente dá informações para reforçar o contentamento					
Agente reforça o contentamento					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
Expressa indiferença com a gravidez					
Agente procura tranquilizar sem informar					
Agente dá informações para tranquilizar					
Agente nega a validade da indiferença					
Agente expressa sentimentos pessoais desligados da Cliente					
Outros					
EXPRESSÃO TÉCNICA					
Avalia sinais vitais					
Pergunta sobre sinais vitais					
Resposta sobre sinais vitais					
Outros					
Avalia dados obstétricos					
Pergunta sobre dados obstétricos					
Resposta sobre dados obstétricos					
Outros					
EXPRESSÃO FACTUAL SOBRE O FILHO					
Comentário sobre o sexo do feto					
Resposta sobre o sexo do feto					
Comentário sobre o que o pai espera em relação ao sexo do filho					
Resposta sobre o que o pai espera em relação ao sexo do filho					
Outros					
Comentário sobre o número de filhos					
Resposta sobre o número de filhos					
Outros					
Comentário sobre quando irá nascer o feto					
Resposta sobre quando irá nascer o feto					
Outros					

GRAUS: 0 = Quando a interação é nula (não se estabelece)
1 = Quando a interação é incompleta (se estabelece parcialmente)
2 = Quando a interação é completa (se estabelece totalmente)