
A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital

Anabela Ramalho, Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências de Enfermagem - Pediatria, Doutora em Enfermagem.

O objectivo deste estudo foi compreender a experiência vivida de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital. As participantes foram 32 mães que experienciaram a vivência no período de Janeiro de 2006 a Julho de 2007. A recolha de dados foi obtida por entrevista fenomenológica. A análise qualitativa dos depoimentos, sob uma abordagem fenomenológica, seguiu o método proposto por Amedeo Giorgi. Foram identificados quatro temas principais: paradoxos e aparentes enganos: ser e não ser existencialmente respeitada; cuidar/cuidado; partilha do poder e o tempo do processo. Os achados foram discutidos face à literatura utilizada no referencial teórico, que aborda algumas ideias de Martin Heidegger, bem como de outros autores que se fundamentaram nele. O estudo possibilitou compreender alguns aspectos do existir dessas mães nas relações estabelecidas com os profissionais de saúde, apreendendo os significados atribuídos por elas à experiência de sentir-se respeitadas e às repercussões dessa realidade nas suas vidas e na vida de suas famílias.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; fenomenologia; hospital; investigação qualitativa; mãe; respeito; trabalho de parto.

The goal in this study, in context is to understand the lived experience of feeling respected during labor in Hospital. Participants were 32 mothers that lived the experience between January 2006 and July 2007. The data was obtained through phenomenological interviews. The qualitative analysis of the reports, under the phenomenological approach has followed the method proposed by Amedeo Giorgi. Four major themes emerged: paradoxes and apparent misunderstandings: being and not being cared with respect; caring/care; power sharing and process time. Findings are discussed according to the theoretical references that used some ideas of Martin Heidegger, as well as from other authors that followed him. The study enabled the comprehension of some facets of mother's experiences on the relation of caring established with health staff, seizing the meanings ascribed by them to the experience of feeling respected and the repercussion of this reality on their lives and on the life of their families.

Keywords: nursing care; phenomenology; hospital; qualitative research; respect; labor and delivery; mother.

* Este artigo tem por base a tese de doutoramento realizado no contexto do Programa de Doutoramento em Enfermagem, apresentada em Março de 2010, na Universidade de Lisboa.

INTRODUÇÃO

O respeito é um valor fundamental na relação enfermeiro utente e tem sido estudado por muitos autores no âmbito da enfermagem (Queirós, 1999. Milton, 2005. Parse, 2006).

Autores como Parse (2003, 2006), Watson (2002a), Castledine (1996), Gaut e Leininger (1991), Phaneuf (1995, 2005) e Egan (1984) entendem que o respeito é um valor fundamental na humanização dos cuidados de saúde. Para Egan (1984, p.65) *“o respeito é a necessidade humana básica mais profunda do homem”*. Para Parse (2003, p. 50) *“o respeito é uma forma genuína de atenção para com os outros, uma profunda veneração pela dignidade humana, consistentemente demonstrada. Isto quer dizer que são os valores, as esperanças e prioridades das pessoas que determinam as actividades do enfermeiro”*.

Para Martin (2005, p.268) o respeito é *“a excelência do comportamento humano, visto que o elemento fundamental da humanidade reside em assumir o valor do respeito pela dignidade humana, como o grande valor de que tudo deriva: pessoa, dignidade e respeito”*.

O reconhecimento do valor do respeito pela pessoa é feito em contexto social. Em função desse valor é reconhecido à pessoa o direito a ser tratada com respeito. Não ser tratada de acordo com essa exigência, constitui uma ofensa, *“uma ferida sentimental da mais elevada espécie”* (Martin, 2005, p.272).

O respeito segundo Lazure (1994) integra quatro fases: (1) um nível de merecimento, um valor da pessoa; (2) o reconhecimento desse valor pelos outros; (3) respeitar a pessoa considerada digna de respeito; (4) e não menos importante, o reconhecimento tanto por parte da pessoa a respeitar como pelos que a tratam com respeito, do direito a ser respeitada.

Lopes e Nunes (1995, p.298) defendem que: *“o respeito na sua dimensão ética tem duas vertentes profissionais: um valor de respeito para si como pessoa e pelos utentes enquanto pessoas”*.

Kelly (1991, 1992), investigadora americana refere que o respeito é um comportamento de cuidado, que é mais verbalizado quando ausente.

Castledine (1996, p.191) entende que *“o conceito de respeito pode variar social e culturalmente. É fundamental conhecer o significado que as utentes atribuem a esse fenómeno e a única forma que temos de saber qual é o significado que atribuem ao fenómeno é perguntar-lhes”*.

Heidegger (2000, p.37-38) preconiza que *“devemos compreender o respeito para podermos comportar-nos respeitosamente, porque a compreensão do respeito é anterior à experiência de respeitar”*.

Para Kant (1999), o respeito é inerente à dignidade do ser humano, a dignidade depende da autonomia moral, e por ser moralmente humano, é digno de respeito, no entanto, *“Kant não faz nenhuma descrição do conceito de respeito, por isso, mesmo para entender Kant, é necessária uma análise prévia do conceito de respeito. Há que procurar relatos de experiências, isto é: ir em busca do fenómeno situado”* (Martin, 2005, p.270).

Dado que o respeito alude a comportamentos ou manifestações que se dão no âmbito da fenomenologia, da aparência mundana, do mundo-vida *“a fenomenologia de Husserl no seu conjunto sistemático, isto é, como estrutura, é uma das mais preparadas para compreender esta situação”* (Martin, 2005, p. 268).

Existem muitos estudos sobre o respeito, no entanto, o respeito como uma experiência vivida, foi estudado pela primeira vez em 2006, no Canadá por Parse (2006). Para a autora o respeito é uma experiência universal de saúde e qualidade de vida que, pela importância de que se reveste, o fenómeno deve ser estudado em diferentes contextos da prática de enfermagem.

Em 2009, Bournes e Milton estudaram a experiência de sentir-se respeitada, na perspectiva de enfermeiras de um hospital do Canadá e apontam a necessidade de realizar estudos que explorem outras perspectivas, nomeadamente a dos doentes.

Num momento em que de forma cada vez mais acelerada assistimos a mudanças sociais, políticas e culturais, importa compreender a experiência vivida das mães sobre o fenómeno de sentir-se respeitadas durante o internamento hospitalar por motivo de trabalho de parto, e saber que significados lhe atribuem. Para podermos dar respostas adequadas, centradas nas utentes, é cada vez mais necessário repensar a enfermagem como uma realidade social, não apenas aos

nossos olhos, mas também na experiência única de cada pessoa que dá sentido à intervenção de enfermagem. Só assim podemos melhorar a qualidade dos cuidados (Morse, 1997).

Quando procedemos à análise da nossa prática, podemos clarificar os pontos fracos ou falhas, potenciando a mudança de atitudes, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional, com o objectivo de adequar os cuidados às necessidades concretas daqueles que cuidamos (Watson, 2002b).

Os modelos teóricos de enfermagem servem para orientar a prática, o ensino e a investigação. Para guiar este estudo optei pelo modelo de cuidar transpessoal de Jean Watson, porque neste modelo: “o homem é uma pessoa de valor para ser respeitada compreendida e assistida” (Watson, 2002b, p.29); dá uma visão holográfica do homem, em que “o corpo está para além dos cinco sentidos, é um veículo de consciência, um ser de luz e energia, um corpo-sujeito quântico extra-sensorial e holográfico” (Watson, 2002a, p.135); a enfermagem é uma “ciência humana” e tem o compromisso de cuidar a pessoa na sua totalidade (Watson, 2002b, p.30); a vida humana “é um bem a ser estimado – um processo de admiração e respeito” (Watson, 2002b, p. 35); a relação transpessoal de cuidar “implica uma elevada consideração e respeito pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo” (Watson, 2002b, p.111); a enfermeira é vista como “co-participante no processo de cuidar para preservar a humanidade do outro” (Watson, 2002b, p.66). Outra das razões que me levou a optar pelo modelo de cuidar transpessoal de Jean Watson é que ele é coerente com o modelo de análise fenomenológica de Amedeo Giorgi, que usei na análise dos dados, e que a própria autora considera “adequado ao estudo dos fenómenos de enfermagem” (Watson, 2002b, p. 30).

OBJECTIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo teve como objectivos: compreender os significados atribuídos pelas mães, à experiência de serem respeitadas, durante o trabalho de parto no hospital e identificar a estrutura da vivência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital.

A questão de investigação que orientou o estudo foi: *Qual é, para a mãe, o significado da experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital?*

OPÇÕES METODOLÓGICAS

Em função da pergunta de investigação, foi seguido o método fenomenológico de Amedeo Giorgi, porque, tal como refere Watson (2002b, p.138) “a contribuição do método fenomenológico do professor Amedeo Giorgi é o facto de oferecer uma forma alternativa de olhar para a investigação do fenómeno humano”, e porque o método parte “das descrições de relatos orais ou escritos das participantes, com o objectivo de obter ‘unidades de significado’ (ou seja, temas ou essências), contidas nas descrições e reveladoras da estrutura do fenómeno” (Giorgi, 2006a, p. 4).

Heidegger (2000, pp.45-47) refere que “a fenomenologia de Husserl é um método científico de investigação que não tem nada em comum com qualquer outro método de investigação científica (...) serve para trazer à luz o sentido e compreensão do ser (...) a fenomenologia, como qualquer outro método científico cresce e modifica-se em virtude dos progressos obtidos pelos temas investigados com a sua ajuda”.

Para Amedeo Giorgi o método fenomenológico é descritivo “Merleau-Ponty escreveu que a realidade não é para ser construída ou explicada, mas descrita” (Giorgi, 2006a, p.40). Merleau-Ponty considera que o método fenomenológico é o método de investigação mais apropriado para o estudo dos fenómenos humanos dado que “a preocupação do fenomenologista é a de ver para compreender, e a do cientista é a de encontrar pontos de apoio para explicar o fenómeno” (Merleau-Ponty, 2000, p.139).

O método fenomenológico de Amedeo Giorgi assenta no método de investigação filosófica proposto por Husserl em 1983, posteriormente desenvolvido por Merleau-Ponty em 1945, e engloba quatro etapas fundamentais (Giorgi, 2006a, pp. 42-52): (1) **descrição**: é descritivo porque assenta nas descrições, e exclui os procedimentos de reflexão analítica e de explicação científica; (2) **redução**: significa que se regressa à experiência tal como vivida. São colocados em suspensão os conhecimentos prévios sobre o tema. Redução ou suspensão é, tal como referido por Husserl, como que por entre parêntesis (*bracketing*) todos os conhecimentos prévios acerca do fenómeno, para

poder fazer emergir todos os significados da vivência tal como vivida e descrita pelas participantes. A suspensão deve ser mantida ao longo de toda a análise. Só depois de ter feito emergir todos os significados tal como vividos pelas participantes, estes se podem confrontar com os conhecimentos teóricos sobre o tema; (3) **aplicação da variação imaginativa ao fenómeno em estudo** para buscar a essência, ou unidades de significado ou aspectos estruturais invariantes (ou padrões que se repetem). A variação imaginativa é um processo mental através do qual, o investigador, na presença das descrições reveladoras da forma como os participantes se relacionam com o mundo, tenta compreender a essência, ou estrutura do fenómeno, para trazer à luz, de forma descritiva, todos os constituintes da experiência vivida, isto é: a estrutura do vivido (Giorgi, 2006a p.92); (4) a última característica do método, é a **intencionalidade operativa**, que significa que a consciência é sempre consciência de alguma coisa e está sempre orientada para alguma coisa que não é a própria consciência. Para Husserl, intencionalidade operativa refere-se à posição que se adopta perante uma determinada situação ou evento real, que só pode ser compreendida pela experiência vivida, porque ela se manifesta como uma unidade entre a nossa vida e o mundo. O acesso à intencionalidade operativa tem que ser feito através de descrições do vivido. É ir “à coisa mesma”, isto é: o fenómeno tal como vivido pré-reflexivamente.

Giorgi entende que sem qualquer modificação estes procedimentos constituem uma análise filosófica e que para obter um método de investigação que não seja exclusivamente filosófico, é necessário acrescentar algo mais. A modificação proposta por Giorgi consiste em olhar para os dados com uma perspectiva disciplinar (como psicólogo ou como enfermeira), para poder relacionar os dados e atribuir-lhes significado dentro de cada disciplina. O autor considera que é “a adopção da atitude disciplinar (como psicólogo ou como enfermeira) que confere à análise uma sensibilidade e uma perspectiva que permite manejar os dados, e através da investigação, aprofundar o conhecimento para a psicologia ou para a enfermagem” (Giorgi, 2006b, 354). Neste estudo, para obter uma perspectiva de enfermagem os dados foram relacionados, essencialmente, com o modelo de cuidar transpessoal de Jean Watson.

Partindo das descrições das participantes, o método de análise fenomenológica proposto por Amedeo Giorgi (2006a, p.10-21) contém quatro passos:

1º Leitura geral da descrição para ter o sentido geral de tudo que foi colocado;

2º Depois de ter apreendido o sentido do todo, o pesquisador volta ao início do texto e lê novamente, com o objectivo de discriminar unidades de sentido;

3º Uma vez delineadas as unidades de sentido, na linguagem das participantes, corre por todas e expressa o que elas contêm, na linguagem da disciplina (psicologia ou enfermagem);

4º Por último, busca convergências e divergências para chegar à estrutura da vivência e sintetiza todas as unidades de sentido em uma declaração consistente com relação à experiência das participantes. Esta declaração vai chamar-se “*síntese geral compreensiva da vivência*” (Giorgi, 2006a, p. 10). Para Amedeo Giorgi estrutura da vivência significa “*descrição coerente e sistemática de todos os constituintes da vivência*” (2006a, p. 92).

Só depois de identificar as unidades de sentido, através da análise das descrições, de agrupá-las, categorizá-las e obter a síntese geral, é que se procede a uma nova leitura, para relacionar os achados com o referencial teórico adoptado, enquanto fio condutor, para poder chegar a uma maior integração e enriquecimento do conhecimento do tema estudado. Este é um critério fundamental do método fenomenológico proposto por Giorgi, que entende que para interpretar correctamente o pensamento de Husserl, no que se refere à redução fenomenológica, este aspecto deve ser respeitado porque Husserl “*recomenda que só depois de analisar atentamente a experiência vivida é que se pode relacionar com outras experiências e com o conhecimento relevante da área*” (Giorgi, 2006b, p.355).

O grupo de participantes constituído através do método denominado bola de neve (Parahoo, 1997), foi composto por 32 mães, com idades entre os 22 e os 40 anos de idade, residentes no concelho de Chaves, cujos partos decorreram entre Janeiro de 2006 e Julho de 2007, nos hospitais de: Chaves; Vila Real; Mirandela; Bragança; São João no Porto; Maternidade Júlio Dinis no Porto e em clínicas privadas localizadas nas cidades do Porto e de Braga.

Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram: ser residente no concelho de

Chaves; ter tido um parto no hospital (e não em casa) há mais de um mês e menos de sete; ter manifestado interesse em participar de forma voluntária no estudo; ter total compreensão dos objectivos do estudo; e ter capacidade de comunicação verbal que lhe permita descrever o fenómeno em estudo. Os critérios de exclusão foram: mães com patologia psiquiátrica diagnosticada; mães sem capacidade manifesta para perceber ou responder às perguntas que lhe forem dirigidas; e mães que não consigam descrever a vivência.

A recolha de dados decorreu entre Abril de 2006 e Setembro de 2007 e foi feita através de entrevista fenomenológica. As entrevistas foram marcadas em função das disponibilidades das participantes, tendo sido todas gravadas, e transcritas no mais curto espaço de tempo após a sua realização.

Respeitei os princípios éticos relacionados com a investigação em pessoas, tais como: autorização da organização de saúde envolvida e das participantes, anonimato e confidencialidade da informação em todas as fases do estudo, fornecimento de informação sobre os direitos das participantes e não existência de dano para estas. Omiti propositadamente os dados biográficos das participantes "para evitar identificações, que poderiam ser feitas através da consulta dos registos" (Kvale, 1996, p. 260).

Relativamente ao estilo adoptado para a redacção deste artigo, e para ser congruente com a opção fenomenológica, optei por seguir a orientação de Forghieri (2004), "está redigido predominantemente na primeira pessoa do singular, mas em alguns momentos, quando pretendo incluir o leitor no meu discurso, utilizo a terceira pessoa do plural para o levar a participar da vivência de situações que não são próprias apenas da minha vida, mas da existência que ambos partilhamos como seres humanos semelhantes" (p. 25).

SÍNTESE DOS ACHADOS

O resumo esquemático da estrutura da vivência (Fig. 1), permite verificar que agrupei os significados atribuídos pelas mães à experiência em quatro áreas de maior ênfase: paradoxos e aparentes enganos; cuidar/cuidado; partilha do poder e tempo do processo.

Em todas as áreas identifiquei significados de respeito e significados de falta de respeito.

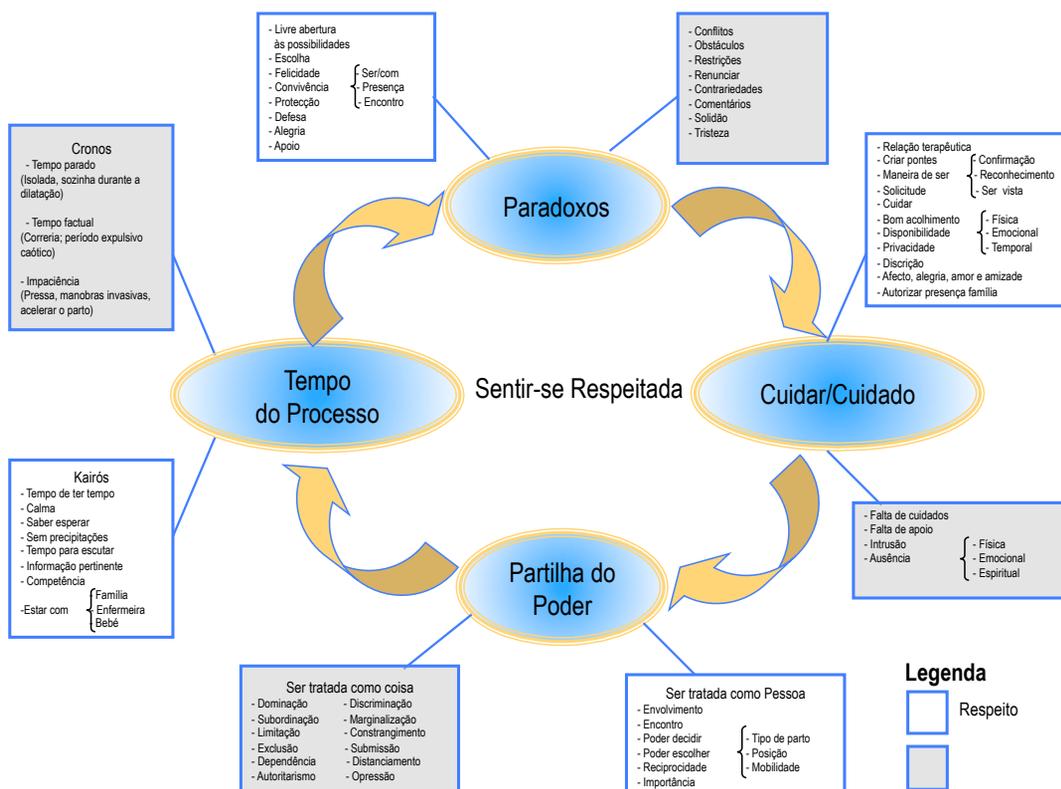


Figura 1 - Estrutura esquemática da experiência de ser respeitada durante o trabalho de parto no hospital

PARADOXOS E APARENTES ENGANOS

O respeito é vivido pelas participantes como uma experiência paradoxal: tal como podemos compreender pela fala da participante E1: “... a mesma situação pode ser vivida com aspectos de respeito e aspectos de falta de respeito”. No fluir da existência humana, os acontecimentos estão constantemente a mudar de polaridade, chegando numa determinada situação a mudar de um sentido para o sentido oposto: “Os paradoxos fazem parte da vida porque a vida é também um paradoxo” (Merleau-Ponty, 2000, p.100) e revestem-se de particularidades muito específicas e diversificadas.

As participantes descrevem a experiência de ser respeitadas durante o trabalho de parto no hospital como um paradoxo que as leva a ser e não ser existencialmente cuidadas com a dignidade inerente à condição de ser humano. De forma explícita referem que, na mesma situação, tanto podem sentir-se muito respeitadas como profundamente desrespeitadas

“...durante a mesma situação há pessoas que se dirigem a nós com respeito e outras com falta de respeito. Isto é, durante o período de expulsão da bebe houve uma enfermeira que não teve comigo grande respeito, até foi infeliz no que me disse, comentou de forma desagradável a minha participação no trabalho de parto (...) mas outra, entendeu o meu esforço, a minha tristeza por estar a ser mal interpretada e veio em minha defesa. Senti que estava a tentar proteger-me e a ser amável comigo”.

A alternância de opostos pode ser experienciada na mesma situação:

“Senti muito apoio, todos ali interessados em me ajudar, o médico muito paciente e atencioso comigo explicou o que eu devia fazer, o pediatra a mostrar-me a menina, é um momento de muita felicidade, apesar de eu estar preocupada com o aspecto da bebe, mas eles souberam explicar-me tudo e isso deu-me muita tranquilidade, fiquei descansada, sabia que estava tudo a correr bem, foram impecáveis comigo” (E 2).

Se conseguem sentir a plenitude de uma presença amigável: “A enfermeira parteira respeitou-me e protegeu-me sempre, até deixou o meu marido estar comigo durante o trabalho de parto, às escondidas da Médica de Serviço” (E15).

É porque também conhecem a angústia da solidão:

“Foi uma grande desilusão, deixaram-me sozinha, a noite toda. Para além do sofrimento inútil, fiquei mais triste por me terem deixado sempre sozinha, o tempo parece que não passa já nem sabia se era de dia ou de noite, fiquei baralhada, e desorientei-me muito sem necessidade. Se ao menos tivessem deixado ficar o meu marido comigo, mas as regras do hospital não permitem” (E 17).

A presença da enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto no hospital, insere-se na necessidade existencial de “estar com”, porque “a essência do homem está em se ser relativamente a algo ou alguém” (Heidegger, 2000, p. 54), a que as participantes deste estudo atribuem um significado de respeito. Este “ser-com o outro” (Ponty, 2006, p. 142), originário do existir humano, nem sempre é vivenciado de facto, a sua falta é percebida pelas participantes deste estudo como uma forma diferente de “ser-com”, à qual atribuem significado de ofensa à sua dignidade. É que mesmo o estar só é: “ser-com” no mundo. Somente “num ser-com” e “para um ser-com” é que o outro pode faltar. “O estar só é um modo deficiente de ser-com” (Heidegger, 2003, p. 145).

É deste significado de falta, que sentem como uma ofensa que, de entre outras, as falas das participantes E₃₂ e E₁₂ nos dão testemunho:

“...deixaram-me lá um relógio horrível que não andava. Bem cada hora parecia que em vez de 60 minutos tinha 200, mas a maior tristeza e mágoa que tenho para elas é que me deixaram toda a noite sozinha”;

“Chorei muito porque passei muitos momentos sozinhos durante a noite, custou-me muito o internamento”.

Na relação que estabelecem com os profissionais de saúde, as participantes tanto podem sentir consideração como a sua falta.

A consideração é uma experiência positiva, à qual atribuem significado de respeito, ocorre sempre que se sentem acolhidas e aceites, e por isso ficam bem: *“Para além de uma grande simpatia receberam-me com muita consideração, senti-me sempre muito bem” (E5).*

A falta de consideração é entendida como ofensa, rejeição e falta de respeito: *“Trataram-me muito mal, cheguei por volta das 10 horas ao internamento, nunca mais me foram ver (...) não tiveram consideração nenhuma por mim, foram assim, prontos, antipáticas” (E12).*

Os significados de respeito estão relacionados com a livre abertura da pessoa às diferentes possibilidades da vida e incluem: possibilidade de fazer escolhas; felicidade; convivência: ser/com, presença e encontro; protecção; defesa; alegria; apoio e explicar.

A falta de respeito é associada a situações negativas originadas por restrições, obstáculos e conflitos, o que implica ter que fazer renúncias; contrariedades; ouvir comentários; solidão e tristeza.

Respeito e falta de respeito surgem como dois pólos da mesma realidade, numa alternância de opostos. É esta alternância, que nos permite aceder ao verdadeiro significado de cada pólo, que aparecem como opostos e até antagónicos, mas que no mundo da vida das participantes constituem um todo unificado. As experiências das participantes revelaram que durante o trabalho de parto no hospital viveram situações de: **Ser e não ser existencialmente respeitadas.**

CUIDAR/CUIDADO

O cuidar cuidado é entendido pelas participantes como um comportamento de respeito. Este significado emerge em praticamente todos os relatos. O atendimento das necessidades humanas básicas da díade mãe/filho e família (de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson, 2006), durante todo o período de internamento no hospital por motivo do trabalho de parto, é percebido pelas participantes como comportamento de respeito. A falta de cuidados, no âmbito deste modelo, é percebida pelas participantes como falta de respeito.

Os cuidados são entendidos como relação terapêutica pelas parturientes, o mais importante é construir uma relação. Estabelecer relação não é uma técnica ou procedimento, é antes uma maneira de ser. Esta maneira de ser implica a confirmação do reconhecimento do outro, como pessoa única, distinta de todas as outras, e dá-lhe a entender que está a ser vista e observada na sua singularidade. Uma forma explícita de confirmação do reconhecimento do outro, com significado de respeito, foi identificada por uma parturiente que referiu:

“...foi muito bom saber que a enfermeira percebeu o meu esforço em aguentar as dores horríveis que eu estava a sentir nas costas, disse-me que reconhecia o sofrimento por que eu estava a passar, e perguntou-me se eu queria que ela me desse uma massagem nas costas para aliviar as dores” (E₂₈).

A falta de confirmação, ou negação, por parte dos profissionais de saúde, é percebida como falta de respeito, que viola a dignidade da parturiente: *“...quando o obstetra me observou, sem dó, gemi ligeiramente e ouvi que estava a portar-me muito mal. Não gostei, achei que fui incompreendida e mal interpretada (...) depois de uma noite com dores, acharem que eu sou piegas? Pensavam que eu estava a fazer fitas e não me ligaram” (E₁).* E pode originar sentimentos de insegurança, desapontamento, dificuldade para controlar a dor, aumentando o stress e até podendo levar a sentimentos de culpa e incompetência: *“Eu ali, numa situação de aflição muito grande, cada um dava ordens para seu lado, não consegui controlar-me nem fazer a respiração” (E₂₈).*

O cuidado é valorizado pelas participantes deste estudo que o consideram revelador de respeito.

“...uma obstetra que seguiu o parto um pouco de longe percebeu a minha ansiedade e pediu às enfermeiras que me mostrassem melhor a minha filha, de forma mais clara, porque quando a

puseram em cima da minha barriga quase nem percebi. Então uma enfermeira foi buscar a menina e mostrou-ma. Senti-me bem e aliviada com a atitude de consideração que o médico teve para comigo.” (E₁).

Para se sentir respeitada, a parturiente necessita da presença dos profissionais de saúde. A presença implica disponibilidade, física, emocional e também temporal: *“teve tempo para estar comigo, puxou uma cadeira, sentou-se e enquanto eu dava de mamar à menina, ele ia-me explicando, com muitos gestos e sem pressas tudo o que eu tinha que fazer para dar banho à bebe” (E₁₄).* Mostrar disponibilidade através da presença, não implica a necessidade de proximidade ou invasão da privacidade, a enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica pode fazer sentir a sua presença de forma discreta e sem incomodar ou estar constantemente a interromper a relação do casal: *“...senti-me segura e bem vigiada, sabia que estavam sempre atentas e que sempre que eu precisasse era só chamar, mas respeitaram muito a minha privacidade e do meu marido, não havia gente a entrar e a sair do quarto e antes de entrar pediam sempre licença” (E₃₀).*

Quando a enfermeira especialista de cuidados de saúde materna e obstétrica está ausente física ou emocionalmente, a parturiente entende a falta de presença como uma ofensa à sua dignidade: *“foi uma grande desilusão, deixaram-me sozinha, a noite toda. Para além do sofrimento inútil, fiquei mais triste por me terem deixado sempre sozinha, o tempo parece que não passa já nem sabia se era de dia ou de noite, fiquei baralhada, e desorientei-me muito sem necessidade” (E₁₇).*

A presença da enfermeira especialista junto da parturiente é também uma acção protectora da sua dignidade, muito valorizada pelas parturientes. Foi explicitada de diferentes formas e com diferentes palavras, tanto na sua vertente positiva, presença da enfermeira, como na negativa, ausência da enfermeira.

Muitas mães revelaram que a presença da enfermeira especialista durante o trabalho de parto e parto é, para elas, muito importante.

“...eu passei grande parte da noite, era a única na sala e ele vinha, falava comigo, sempre a dizer que eu precisava descansar” (E₁₄);

“Estiveram ao pé de mim sempre que eu precisei, atenciosas, fizeram-me sentir como se eu fosse uma pessoa muito importante” (E₅);

“O cuidado e atenção que ela colocou na vigilância do meu bem-estar” (E₇);

“...durante todo o tempo que estive a fazer a dilatação senti-me segura e bem vigiada, sabia que estavam sempre atentas e que sempre que eu precisasse era só chamar” (E₈);

“...naquele bocadinho em que ela esteve comigo a dilatação estava pronta” (E₁₀).

Na sua expressão negativa, isto é, pela ausência, a expressão mais frequentemente manifestada por várias mães (E₁₂, E₁₇, E₁₈), foi a seguinte: *“deixaram-me sozinha”*. Para Heidegger (2003, p. 145-147) *“estar só, é uma forma deficiente de estar-com (...) e pode atingir a falta de respeito”*.

O cuidar com significado de respeito é entendido como uma relação terapêutica, e inclui: confirmação; reconhecimento; ser vista; bom acolhimento; disponibilidade: física, emocional e temporal; privacidade, discrição, afecto, alegria, amor; amizade e autorizar a presença da família. A falta de cuidados é entendida pelas participantes como falta de cuidados e inclui: falta de apoio; intrusão e ausência: física, emocional espiritual.

De acordo com este estudo, “o cuidar” surge como o aspecto fundamental da enfermagem de saúde materna e obstétrica, na perspectiva das mulheres que têm filhos no hospital. Quando vão para o hospital ter os filhos esperam, acima de tudo, ser cuidadas por profissionais competentes e especializados.

PARTILHA DO PODER

A partilha do poder é um tema que, de forma explícita ou implícita, surge nas falas das participantes. Na vertente positiva sentem que as suas decisões são atendidas: *“a médica que me seguiu aceitou que fosse eu a decidir (...) senti muito carinho, segurança e respeito”(E3).*

Na vertente negativa o exercício do poder é sentido como falta de respeito: *“tive que fazer tudo como ele queria, e ficar muito caladinha, não permitia que eu dissesse a mínima palavra, eu até tinha*

medo de perguntar alguma coisa com medo que me tratassem mal” (E 6).

O que vai de encontro ao referido por Berta Nunes (1995) *“a ausência de poder da mulher quando retirada de sua casa e obrigada a ter o parto no hospital leva ao abuso de poder dos profissionais de saúde perante a mulher sozinha e num meio por vezes hostil”* (p.109).

São percebidas como comportamentos de respeito as situações em que os profissionais de saúde envolvem a participante na tomada de decisões acerca dos assuntos que dizem respeito a si própria, ao seu filho ou à sua família. A essas experiências atribuem o significado de ser tratada como pessoa: *“senti-me tratada como uma pessoa muito importante, o que contribuiu para a minha felicidade e bem-estar”* (E3), e incluem: envolvimento; encontro; poder decidir; poder escolher: tipo de parto, posição, mobilidade; reciprocidade; e importância. As decisões unilaterais, tomadas pelos profissionais de saúde, sem a participação das mães e família, são percebidas como falta de respeito. A essa experiência atribuem o significado de ser tratada como coisa:

“era como se eu fosse qualquer coisa que estava ali para ser usada segundo a vontade daquelas pessoas. Ali, deitada na mesa de operações, com os panos todos à minha volta, uma luz forte em cima de mim, ruídos estranhos, falavam de coisas que eu não entendia, a minha cabeça rodopiava, perdi a noção de tudo, tive vontade de me beliscar para saber se aquele corpo, em cima da mesa, era mesmo o meu” (E₁). Ser tratada como coisa inclui: dominação; subordinação; limitação; dependência; autoritarismo; constrangimento; submissão; distanciamento e opressão.

Apesar de as parturientes, durante o trabalho de parto, necessitarem de muitos cuidados altamente especializados, elas gostam de ser envolvidas no processo de decisão. Quando as enfermeiras especialistas ou os médicos se mostram muito autoritários, a parturiente reage negativamente, dado que sente a autoridade dos profissionais como uma forma de dominação que viola a sua dignidade: *“tive que fazer tudo como ele queria, e ficar muito caladinha, não permitia que eu dissesse a mínima palavra, eu até tinha medo de perguntar alguma coisa com medo que me tratassem mal”* (E₆).

Situações de decisões unilaterais, sem explicações nem informações adequadas podem gerar sentimentos de mal-estar e confusão. A parturiente pode sentir que está a viver fora da realidade: *“foi tudo tão inesperado, põe-me na maca, levam-me para o bloco, a enfermeira diz que vão fazer-me uma cesariana e eu aflita, em pânico já nem sabia se era verdade que eu estava a ir para a sala de operações ou se estava a ter um sonho mau”* (E₇).

As participantes valorizam poder decidir livremente sobre os aspectos relacionados com o local de parto, tipo de parto e analgesia durante o parto.

“... tive rotura de membranas. Entrei em pânico, porque eu sabia que a minha médica estava ausente, e que o médico de urgência poderia entender que o parto deveria ser normal e não cesariana (...) considero que fui muito respeitada por toda a equipa, quando eu insisti em ir para o bloco e todos concordaram e me fizeram a vontade, sem me criticar” (E 13).

“Pedi-lhe para fazer epidural e ela disse-me que aquela hora não havia anestesista para a efectuar, mas que ia telefonar ao anestesista do serviço. Assim foi, e ele veio-me fazer a epidural”. (E 22).

Pude constatar que muitas mulheres ao vivenciarem situações de grandes constrangimentos, encontram o suporte necessário para transcender e ultrapassar essas barreiras em actos simbólicos, através dos quais emerge a dimensão do ser espiritual das participantes: *“Foi com a ajuda de Nossa Senhora de Fátima a quem me prometi no meio de tanta aflição que consegui que me acudissem”* (E₁). A dimensão espiritual, sem a qual a vida se torna opaca e perde o seu sentido existencial, cujo fundamento é responder a necessidades interiores do ser humano precisa ser integrada na prática clínica da enfermagem de saúde materna e obstétrica. O Ministério da Saúde (2004), atendendo *“à deficitária integração da dimensão espiritual nos cuidados de saúde”* (p. 102), entende ser prioritário:

“...promover o aprofundamento da consciência sobre esta dimensão no Sistema (visto que) a dimensão espiritual, que para muitos se define religiosamente, é constituinte fundamental da pessoa que está doente, conferindo-lhe a situação de doença maior importância, uma vez que

põe em causa o sentido da vida; esta dimensão íntegra, por isso, um conceito de saúde que se queira antropológicamente fundamentado e realmente integral, sendo pois essencial a uma prática holística de cuidados de saúde (...) salvaguardando que o respeito pela liberdade de cada um neste domínio se concretiza na oferta da possibilidade de se revelar e não na ignorância institucional a que esta questão é votada” (p. 103).

Para Renaud (2007), o exercício seguro da profissão de enfermagem implica o conhecimento da dimensão ontológica do conceito de “*ser espiritual*”, que surge intimamente ligado ao conceito de dignidade humana. Visto que as coisas, tal como por exemplo uma pedra, não são dotadas de espiritualidade.

“Porque uma pedra existe em si, dentro de si. Mas um ser espiritual é alguém que não existe somente em si, mas fora de si. (...) e é enquanto existindo fora dele que a sua interioridade se forma (...) um ser espiritual é um ser que vive a sua existência interior fora de si pela sua relação interiorizada com os outros seres humanos” (p. 7). Também Gasset (2002), nos ajuda a compreender a dimensão do “*ser espiritual*” que surge como uma necessidade que o homem sente diante das coisas, porque: *“...o homem não é senão vida. (...) viver é ver-se a cada instante obrigado a decidir o que vamos fazer, portanto, a ser imediatamente futuro (...) e o espírito do homem, autor da vida, tem que a ir decidindo momento a momento” (pp. 156, 159).*

As coisas, como por exemplo uma bala, não têm que resolver em momento nenhum o que vão fazer, porque como não são dotadas de espírito não têm que decidir sobre o seu trajecto. A vida “consiste em sentir-se absolutamente perdido, mas por isso mesmo, obriga, quer queiramos quer não, a um esforço para se orientar e salvar dessa perdição” (Gasset, 2002, p. 159). Nós, Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, ao assumirmos a “*responsabilidade de assegurar a segurança das parturientes, é igualmente importante estarmos conscientes de que as parturientes são seres espirituais, dotados de corpos, mentes, almas e destinos próprios*” (Chopra, Simon, Abrams, 2006, p. 77).

A dimensão espiritual encontra-se como uma filigrana nas falas das participantes deste estudo, quando descrevem a forma como tentaram reagir aos constrangimentos e dificuldades, na sua relação com os profissionais de saúde. A maior parte das participantes aborda a dimensão espiritual na sua vertente religiosa, tal como podemos verificar, a título de exemplo, na fala da participante E₇, que seleccionei porque foi a primeira a abordar o assunto, dizendo assim: *“...fiquei muito feliz, quando a enfermeira me veio perguntar se eu queria ver a minha filha, foi aí que me apercebi que já tinha a minha filha, quando a vi agradeçi à Nossa Senhora de Fátima por a minha filha ser perfeita e saudável. Senti-me bem”.*

O TEMPO DO PROCESSO

Para as participantes deste estudo, as suas experiências foram acontecimentos passíveis de serem ancorados num determinado tempo e lugar. Para iniciarem a descrição de uma situação em que se sentiram respeitadas, de forma invariável, todas elas se situaram no tempo e nas diferentes formas e lugares em que o vivenciaram: *“Senti-me muito respeitada desde que entrei até que saí do hospital, mas o momento em que senti maior felicidade foi quando me mostraram o meu menino, é uma experiência fantástica” (E₂₄)*. E ainda: *“recordo-me de todo o tempo em que estive internada por motivo do nascimento da minha filha, o tempo que se passa em trabalho de parto parece que nunca mais acaba” (E 1)*.

Experienciar o tempo é uma das vivências que mais próxima se encontra da existência, tão próxima que constitui a base da existência “*o ser do Dasein tem o seu sentido na temporalidade*” (Heidegger, 2003, p.43). Para o autor o fundamento básico da existência humana é a temporalidade, que constitui o sentido originário do existir, “*é por isso que o cuidado terá que fazer uso do tempo, e por conseguinte, contar com o tempo*” (Heidegger, 2003, p. 255).

Durante o período de dilatação, e em especial quando as parturientes se encontram isoladas durante longos períodos, sem usufruírem da companhia dos familiares, e em que as transacções com os profissionais de saúde são esporádicas ou nulas, as parturientes vivem aquilo a que podemos chamar o “tempo parado”, nos relatos muitas participantes falam do tempo que não passa e chegam

a pensar que o relógio (única companhia que na maior parte dos casos lhes é permitido ter nas salas de expectantes) se encontra avariado, como se de facto o tempo tivesse parado:

“A situação em que me senti desrespeitada foi que dei entrada no serviço de obstetrícia por volta das três da madrugada com muitas dores e hemorragias, colocaram-me na sala de repouso sozinha, para ver se conseguia fazer a dilatação e estive assim até às 18 horas (...) foi uma grande desilusão deixaram-me sozinha a noite toda. Para além do sofrimento inútil, fiquei mais triste por me terem deixado sempre sozinha, o tempo parece que não passa, já nem sabia se era de dia ou de noite, fiquei baralhada e desorientei-me muito sem necessidade. Se ao menos tivessem deixado ficar o meu marido comigo, mas as regras do hospital não permitem”. (E 17).

Em contrapartida, durante o período expulsivo, quando são levadas à pressa para a sala de partos e nas situações em que são levadas à pressa para o bloco, para fazerem cesarianas de emergência, tentando solucionar problemas decorrentes dos longos períodos de espera que chegam a pôr em risco a vida da mãe ou da criança, as transacções com os profissionais de saúde tornam-se caóticas, nessas situações as parturientes vivem o tempo eventual.

“Foi quando me levaram para a sala de partos, nem me deixaram procurar os chinelos, tive que atravessar o corredor em camisa toda descomposta, sem robe nem chinelos, foi uma precipitação e um desconforto”. (E 11).

“Estiveram ali a fazer-me sofrer até eu já não poder mais e comecei a ficar desesperada e gritei com quanta força tinha, quase perdi a noção de onde estava, fiquei totalmente desorientada, e depois foi tudo à pressa. Foi tudo tão inesperado, foi uma correria” (E 7).

Os relatos permitem verificar que a forma como a parturiente percepção o tempo é muito diferente segundo os lugares, as circunstâncias e as interacções que estabelece, quer com a família quer com os profissionais de saúde. O tempo não tem a mesma consistência na sala de expectantes, na sala de partos ou no bloco operatório.

Outro aspecto que influencia a percepção da parturiente acerca do tempo, e ao qual atribuem significado de respeito ou de falta de respeito, é o “estar com” os familiares e/ou com profissionais de saúde ou estar sozinha.

“Estive aproximadamente 10 horas em trabalho de parto, passei uma noite terrível, a dilatação nunca mais avançava, o tempo parecia que tinha parado, havia um relógio na sala que eu até pensei que estivesse avariado, pedia a Deus com todas as minhas forças que quando a enfermeira me viesse fazer o toque me dissesse que a dilatação já estava, mas cada vez que eu pedia para ela ver, ela dizia que ainda tinha visto há pouco que era para eu ter paciência e quando ao fim de eu tanto insistir ela me fazia a vontade eu sentia uma vontade enorme de chorar porque o resultado era sempre o mesmo, ‘o colo ainda não abriu’ que desespero (...) a dilatação foi um martírio (...) fiquei com uma mágoa muito grande para elas, não percebi porque tive que esperar tanto tempo para depois me dizerem que tinha que ser cesariana”. (E23).

Estas dimensões do tempo vivido: “tempo parado e tempo factual não se excluem; não são contraditórios; sucessivamente, atravessam as nossas vidas em fases que se alternam, criando esse bailado que Hall (1985), tão graciosamente, apelidou *La Danse du Temps*. Dança das idades, dança da vida, dança das tensões e dos repousos, dança de acontecimentos e da paz” (Ausloos, 1996, p. 28).

As interacções da equipa com a parturiente e a gestão do tempo estão intimamente ligadas, nas situações em que durante o trabalho de parto está como que parado, é importante mobilizar o tempo, o que se consegue através de intervenções de enfermagem, respeitando, no entanto e sempre, os receios da parturiente. É nestes momentos que a presença do marido ou dos elementos da família se revestem de extraordinária importância, permitindo-lhes fazer os projectos que lhes encorajem a esperança no futuro.

Os relatos falam desta transição entre o tempo parado do imobilismo imposto pelas normas

e rotinas dos serviços de obstetrícia dos hospitais públicos e o tempo factual vivido nas situações de urgência. Após uma paragem total no tempo durante longas horas nos períodos de dilatação, especialmente quando esta coincide com os turnos da noite, quando surgem problemas devidos às longas esperas que põem em risco a vida da mãe e do feto, então as transacções sucedem-se com tal rapidez que o tempo passa tão rápido que as mães não têm oportunidade de perceber o que se está a passar.

“Estive em trabalho de parto 27 horas (...). Estiveram ali a fazer-me sofrer até eu já não poder mais e comecei a ficar desesperada e gritei com quanta força tinha, quase perdi a noção de onde estava, fiquei totalmente desorientada e depois foi tudo à pressa. Foi tudo tão inesperado põe-me na maca, levam-me para o bloco, a enfermeira diz que vão fazer-me uma cesariana e eu aflita, em pânico já nem sabia se era verdade que eu estava a ir para a sala de operações ou estava se a ter um sonho mau, foi a maior aflição de toda a minha vida, falavam uns com os outros mas eu nem conseguia perceber nada, é assim como se aquilo não fosse eu que estava a ter bebe “ (E 7).

As participantes revelaram formas distintas de viver o tempo que em função das descrições denominei como cronos ou como kairós. Cronos (do étimo grego “*chronos*”, que significa o tempo cronológico ou sequencial), é o tempo que se mede pelas batidas do relógio, “a *sequência de horas*” (Heidegger, 2003, p. 437), a marca da finitude e temporalidade do Ser, é o tempo que estão em sofrimento, tensas, angustiadas, sozinhas no hospital, durante os longos períodos da dilatação à espera do nascimento de um filho desejado: “*é um sofrimento interminável*” (E21). O tempo vivido como “*kairós*” (antiga palavra grega que significa, “o momento certo”, “oportuno” em que algo especial acontece, ou “o tempo de Deus”), é uma experiência de plenitude, de felicidade, que transcende o reencontro consigo própria e com os outros em direcção à espiritualidade, adquirindo significado e luz. É o tempo medido pelo bater do coração. É o tempo vivido no momento que segue ao nascimento do filho, “*é uma experiência fantástica*” (E₂₄), em que a dimensão do “*chronos*” é significada pelo “*kairós*”. Na relação enfermeira/parturiente/família, quando decidimos viver o tempo na dimensão do “*kairós*”, o encontro torna-se terapêutico, e humanizamos os cuidados.

OS ACHADOS E A LITERATURA RELACIONADA COM O TEMA

Os achados deste estudo: a estrutura da experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital, confirmam e ampliam o conhecimento sobre o respeito.

As publicações de resultados de trabalhos teóricos e de investigação são comparáveis aos obtidos neste estudo, nos aspectos particulares que a seguir destaco:

- Quando as participantes descrevem a experiência como um paradoxo, e referem que na mesma situação, tanto podem sentir-se muito respeitadas como profundamente desrespeitadas. O que vai de encontro aos resultados do estudo desenvolvido por Debra A., Bournes e Constance L. Milton (2009, p. 55), em que as participantes, enfermeiras de um hospital do Canadá, descrevem “*a experiência de sentir-se respeitadas e sentir-se desrespeitadas, como uma característica fundamental do seu ambiente de trabalho, e dos cuidados que prestam aos doentes*”. Reforçam a descrição de “*sentir-se respeitada não respeitada*” de Mitchell e Halifax (2005, p. 105), e a noção de que “*sentir-se respeitada é uma experiência universal de saúde e qualidade de vida*” (Parse, 2006, p. 55).

- Ao cuidar cuidado é atribuído, pelas participantes, um significado de respeito. Também Parse (2003, 2006), Watson (2002a), Casteledine (1996), Gaut & Leininger (1991), e Egan (1984) identificaram o respeito como uma condição necessária na relação de cuidados.

- O atendimento das necessidades humanas básicas, da díade mãe/filho e família, de acordo com o modelo teórico de Virginia Henderson (2006) é percebido pelas participantes como um comportamento de respeito. A sua falta é percepcionada pelas participantes como falta de respeito. Isto vai de encontro à reflexão fenomenológica sobre o respeito de Martin (2005), quando refere que à pessoa é reconhecido o direito de ser tratada com respeito, e que não ser tratado de acordo com essa exigência, constitui uma ofensa, “*uma ferida sentimental da mais elevada espécie*” (Martin, 2005, p.272). Também há semelhança quando Kelly (1991, 1992) identifica o respeito como um comportamento de cuidado, que é verbalizado principalmente quando ausente. Os achados reforçam o seguinte pensamento de Watson (2002b, p. 110): “*Os processos humanos de cuidar/*

curar (ou a consciência de não-cuidar e de não-curar do enfermeiro ou de outro profissional de saúde) são transmitidos a quem recebe os cuidados”.

- A partilha do poder é um tema que, de forma explícita ou implícita, surge nas falas das participantes. São percebidas como comportamentos de respeito as situações em que os profissionais de saúde as envolvem na tomada de decisões acerca dos assuntos que dizem respeito a si próprias, ao seu filho ou à sua família. As decisões unilaterais, tomadas pelos profissionais de saúde, sem a sua participação, são percebidas como falta de respeito. Estes achados vêm ao encontro de autores como Lopes e Nunes (1995) e Phaneuf (1995, 2005) quando salientam a importância de no âmbito da relação de ajuda, respeitar a pessoa ajudada, reconhecendo-lhe o direito e a liberdade de tomar decisões. Vai de encontro à definição de respeito apresentada por Parse (2003, pp. 50-51) “o respeito é uma profunda veneração pela dignidade humana consistentemente demonstrada, sem exceções. Isto quer dizer que são os valores, esperanças e desejos da pessoa que determinam as atividades da enfermeira”. Estes achados vão de encontro ao referido por Nunes (1995, p.109) “...a ausência de poder da mulher quando retirada da sua casa e obrigada a ter o parto no hospital, tem como reverso da medalha o abuso do poder dos profissionais de saúde perante a mulher sozinha e colocada num meio não familiar e por vezes hostil”. E são comparáveis ao que Heidegger (2003, pp. 147-150) classifica como: “modos deficientes e indiferentes de solicitude que vão até à falta de respeito (...) que constituem uma autêntica ditadura”.

- Para as participantes deste estudo, as suas experiências foram acontecimentos passíveis de serem ancorados num determinado tempo e lugar. Para iniciarem a descrição de uma situação em que se sentiram respeitadas, de forma invariável, todas elas se situaram no tempo nas diferentes formas e lugares em que o vivenciaram. Também Heidegger (2003) relacionou tempo e cuidar “a temporalidade constitui o sentido originário do ser do Dasein, é por isso que o cuidado terá que fazer uso do tempo, e por conseguinte, contar com o tempo” (p.255). A ênfase de Kosminsky, F. S. (2004, p. 180), na necessidade de “valorizar a utilização do tempo nos serviços de Obstetrícia, para melhorar a qualidade dos cuidados”, é congruente com a perspectiva das participantes do estudo, quando atribuem significados de respeito à presença e disponibilidade, física e temporal, dos profissionais de saúde, na prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

Face aos achados, para este grupo de participantes a experiência vivida de sentir-se respeitada é um processo multidimensional e paradoxal que se revela através de “uma estrutura complexa, mas intrinsecamente unitária” (Heidegger, 2000, p. 171). A síntese geral compreensiva da vivência pode ser delineada da seguinte forma: **A participante experiencia uma situação paradoxal de ser e não ser existencialmente aceite/rejeitada, ser e não ser cuidada, ser e não ser envolvida nas decisões que lhe dizem respeito, num determinado espaço e horizonte temporal: o hospital, durante o trabalho de parto.**

Os contributos deste estudo para o conhecimento em geral e para a enfermagem em particular são os seguintes:

Uma compreensão da experiência de sentir-se respeitada na perspectiva das mães que viveram o trabalho de parto no hospital;

Uma descrição de sentir-se respeitada que pode conduzir a outros estudos sobre a mesma experiência noutros contextos e outras experiências que ainda não foram estudadas tais como: sentir-se protegida, sentir-se apoiada, sentir-se livre para falar, sentir-se segura.

A noção de que sentir-se respeitada e sentir-se desrespeitada são dois pólos da mesma realidade, que constituem um todo unificado que permite o acesso à verdadeira dimensão do fenómeno;

A descrição da experiência permite reequacionar a formação sobre o respeito no âmbito dos cuidados de saúde em geral e da enfermagem de saúde materna e obstétrica em particular;

Proporciona informação acerca da experiência de sentir-se respeitada que pode ajudar os profissionais de saúde a compreender a importância do respeito na sua relação com a parturiente e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSLOOS, G. (1996). *A competência das famílias. Tempo, caos e processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BASTO, M. L. (2007). *Construção do saber em enfermagem*. In I. Camarro, I Fradique, L. Carneiro, M.G.N. Guedes, M.M. Rebelo, *Aprendendo o cuidado de enfermagem. Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica* (pp.19-22). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- BOURNES, D.A., MILTON, C. L. (2009). *Nurses'experience of feeling respected not respected*. Nursing Science Quarterly: 22, 47.
- CASTLEDINE, G. (1996). *Nursing elderly people with dignity*. British Journal of Nursing, 5 (3), 191.
- CHOPRA, D., SIMON, D., ABRAMS, V. (2006). *Corpo mente e espírito na gravidez e no parto*. Queluz de Baixo : Editorial Presença.
- EGAN, G. (1984). *Communication dans la relation d'aide*. Quebec: Editions HRW.
- FORGHIERI, Y. C. (2004). *Psicologia fenomenológica. Fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- GASSET, J. O. (2002). *O que é o conhecimento?* Lisboa: Fim de Século.
- GAUT, D., LEININGER, M. (1991). *Caring : The compassionate healer* : New York : National League for Nursing.
- GIORGI, A. (2006a). *Phenomenology and psychological research*. Pennsylvania: Duquesne University Press.
- GIORGI, A. (2006b). *Difficulties encountered in the application os the phenomenological method in social sciences*. . Analyse Psychological. 24 (3), 353-362.
- HEIDEGGER, M. (2000). *Los problemas fundamentales de la fenomenologia*. Madrid: Editorial Trotta.
- HEIDEGGER, M. (2003). *Ser e Tempo*. Madrid: Editora Trota.
- HERDERSON, V. (2006). *The concept of nursing*. Journal of Advanced Nursing 53 (1), 21-34.
- KANT, E. (1999). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Texto Integral Lisboa Editora.
- KELLY, B. (1991). *Professional ethics of English nursing undergraduates*. Journal of Advanded Nursing, 16, 867-872.
- KELLY, B. (1992). *Professional ethics as perceived by American nursing undergraduates*. Journal of Advanded Nursing, 17, 10-15.
- KITZINGER, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- KOSMINSKY, F. S. (2004). *O tempo e a comunicação na perspectiva da enfermeira obstétrica*. In M. J. P. Silva, *Qual o tempo do cuidado?* (p.180). São Paulo: Loyola.
- KVALE, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda. Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- LOPES, A.; NUNES, L. (1995). *Enquadramento da ética na Enfermagem*. Servir, 43 (6), 297-301.
- MARTIN, J. S. (2005). *Para uma fenomenologia da dignidade humana*. In *Humano e Inumano. A dignidade do Homem e os novos desafios*. Actas do Segundo Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Filosofia Fenomenológica (pp. 267-278).Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa.
- MERLEAU-PONTY. (2000). *A natureza*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.

- MILTON, C. L. (2005). *The ethics of respect in nursing*. Nursing Science Quarterly, 18,20-23.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010*. Doc. Trabalho. Lisboa.
- MITCHELL, G. J.; HALIFAX, N. D. (2005). *Feeling respected-not respected: The embedded artist in Parse method research*. Nursing Science Quarterly, 18, 105-112.
- MORSE, J. (1997). *Completing a qualitative project. Details and dialogue*. California: Sage Publications.
- NUNES, B. (1995). *O corpo e a saúde numa aldeia rural. A construção social da doença e da saúde no processo de reprodução*. Tese de doutoramento em medicina comunitária [não publicada]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto
- PARAHOO, K. (1997). *Nursing Research. Principles, Processs and Issues*. London: Palgarve MacMillan.
- PARSE, R. R. (2003). *Community a human becoming perspective*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- PARSE, R. R. (2006). *Feeling respected: A parse method study*. Nursing Science Quarterly, 19, 51-56.
- PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda: Elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação entrevista e relação de ajuda*. Loures: Lusociência.
- PONTY, M. M. (2000). *A Natureza*. São Paulo : Livraria Martins Fontes.
- PONTY, M. M. (2006). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- QUEIRÓS, A. (1999). *Empatia e respeito. Dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora.
- RENAUD, M. (2007). Segurança nos cuidados. VII Seminário do Conselho Jurisdicional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 24, 6-12.
- WATSON. J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WATSON. J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Contacto:
anabelaramalho@netc.pt