

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem-Mestrado
Departamento de Enfermagem

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELAS PARTURIENTES:
ENFOQUE SOCIO CULTURAL

Maria Gorette Andrade Bezerra

Fortaleza

2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TESE
610.73678
34692
2004
ex. 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
R 13831038/04

841110

MARIA GORETTE ANDRADE BEZERRA

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELAS PARTURIENTES :
ENFOQUE SOCIO CULTURAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Linha de pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde Doença. Projeto de Pesquisa: Saúde do Binômio Mãe e Filho.

Orientadora:

Profª Drª Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Fortaleza
2004

B469e Bezerra, Maria Gorette Andrade

Experiência vivenciada pelas parturientes: enfoque socio cultural. /Maria Gorette Andrade Bezerra. – Fortaleza, 2004.

112 fs.: il.

Orientador, Prof^ª. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1.Trabalho de parto 2.Antropologia Cultural
3.Enfermagem. Diversidade cultural I.Cardoso, M^ª
Vera Lúcia m. Leitão (Orient.) II.Título.

CDD618.4

Maria Gorette Andrade Bezerra

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELAS PARTURIENTES:
ENFOQUE SOCIO CULTURAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: 04/02/2004

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Vera Lucia M. L. Cardoso
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira
(Membro Suplente)

UMA ORAÇÃO

Agradeçam a Javé, porque Ele é bom,
porque o seu amor é para sempre!

A casa de Israel repita:

o seu amor é para sempre!

A casa de Arão repita:

o seu amor é para sempre!

Os que temem a Javé repitam:

o seu amor é para sempre!

Na minha angustia, eu gritei para Javé:

Ele me ouviu e me aliviou.

Javé esta comigo: jamais temerei!

Salmo 118, 1-6

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser força constante em minha vida, colocando em meu caminho pessoas que estão sempre prontas a me fortalecer.

Ao meu pai (in memoriam) que foi incansável, trabalhando arduamente para que eu pudesse alcançar meus objetivos profissionais e pessoais.

À minha mãe e aos meus irmãos pelos momentos fraternais que me ajudam a concretizar meus sonhos.

A todas as informantes, com seus familiares, que participaram, que me receberam e me permitiram partilhar do seu cotidiano.

AGRADECIMENTOS

À Maria Vera Lúcia Leitão M. L. Cardoso, orientadora e amiga, pela calorosa acolhida e pelas sábias orientações.

Às doutoras Maria Raimunda Magalhães, Lorena Barbosa Ximenes e Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, por terem aceitado tão gentilmente participar da Banca examinadora.

À doutora Neiva Francenely Cunha Vieira e à professora Ana Martins, pelas valiosas contribuições durante esta minha escalada.

Aos professores e colegas do Mestrado, pelos ensinamentos adquiridos e envolvimento afetivo.

Às minhas amigas e irmãs Karla Rolim e Vladia Teles, por quem agradeço a Deus todos os dias tê-las conhecido nesta fase de minha vida.

Às minhas companheiras e amigas do Projeto Binômio Mãe-Filho, da Universidade Federal do Ceará, obrigada pelo carinho e alegria com que sempre me recebem.

À Universidade Federal do Ceará, em particular à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, por minha liberação para o curso.

A enfermeira Isolda Pereira da Silveira, por ter acreditado no meu potencial.

A todas as enfermeiras da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand que estiveram me incentivando.

A todos os funcionários da Maternidade-Escola pela cooperação durante a pesquisa.

À Universidade de Fortaleza, por direcionar minha prática profissional

À coordenadora do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, na pessoa da professora Rita de Cássia Moura Diniz, pela compreensão nos meus momentos de ausência.

A todos os professores e funcionários da Universidade de Fortaleza, que sempre estiveram comigo me apoiando.

Ao professor João Vianney Campos de Mesquita, da Universidade Federal do Ceará pela minuciosa correção gramatical, estilística e metodológica deste estudo.

À Mary Anne, pela sua disponibilidade, sempre pronta a atender minhas solicitações.

A todos os que de alguma forma contribuíram na colaboração desta pesquisa, o meu muito obrigado.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	REVISÃO DA LITERATURA	18
	2.1 Aspectos culturais e fisiológicos da parturição	18
3.	REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLOGICO	27
	3.1 Um enfoque sobre a etnografia	27
	3.2 A Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural	30
	3.3 A opção pela abordagem qualitativa	33
	3.4 Cenário do estudo	34
	3.5 Os informantes	38
	3.6 Aspectos éticos do estudo	40
	3.7 Coleta de dados	41
	3.8 Análise dos dados	45
4.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
	4.1 Caracterização dos informantes e seu comportamento no trabalho de parto e parto.	47
	4.2 Apresentando os fatores que interferem no trabalho de parto e parto	63
	Temática I: Visão do parto	66
	Temática II: A presença do medo no processo gestacional e parturitivo	76
	Temática III: Vivenciando a gravidez	84
	Temática IV: Religiosidade	93
	Temática V: Acompanhamento institucional	96
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6.	REFERÊNCIAS	106
7.	ANEXOS	112

RESUMO

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui um momento único para o binômio mãe-filho, estando cercado de mitos e crenças. O estudo teve como objetivo compreender os fatores que interferem nas experiências vivenciadas pelas mulheres no trabalho de parto e parto. Deste participaram 07(sete) mulheres, que residiam e tiveram seus filhos em uma maternidade pública de Fortaleza- Ceará, nos meses de junho, julho e agosto do ano de 2003. O método de pesquisa realizado foi a Etnoenfermagem, aplicando os modelos Observação-participação e reflexão (OPR) e o Estranho- amigo. Como instrumentos de coleta de dados foi utilizado um roteiro no qual continha dados que foram observados na Unidade de Internação e Centro Obstétrico; uma entrevista semi-estruturada, que foi gravada e transcrita na íntegra pela pesquisadora, realizada nas residências das mulheres, no primeiro mês de puerperio e um diário de campo. Os achados foram refletidos e embasados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger, na qual foram evidenciados múltiplos fatores influenciadores no comportamento das parturientes. Mediante a análise dos depoimentos, surgiram 5 (cinco) grandes temáticas, sendo estas subdivididas em categorias ficando assim distribuídas: temática I visão do parto, categorias por ter vivenciado uma gestação; a família, os amigos, a escola e o pré-natal influenciando o processo gravídico e os meios de comunicação, temática II a presença do medo no processo gestacional e parturitivo categorias as informações dos amigos e a dinâmica da instituição, temática III vivenciando a gravidez, categorias os fatores sociais e metabólicos como determinantes do comportamento da gestante e a gravidez não planejada, temática IV religiosidade categoria a influencia das crenças e religiosidade no parto, temática V acompanhamento institucional categorias o pré-natal e o parto na maternidade. Ante os resultados, foram sugeridas melhorias nas políticas públicas de saúde e educação que atendam às necessidades das mulheres e seus membros familiares, com reorientação deste atendimento enfatizando os valores culturais da clientela.

Palavras-chave: Trabalho de parto, Enfermagem, Diversidade cultural.

ABSTRACT

The childbirth is a relevant happening in a woman's life once it is an unique moment to the mother-son binomial and it is surrounded by myths and beliefs. This study aimed at understanding the factors that interfere in experience lived by pregnant women. 07 (seven) women, who live in Fortaleza – Ceará and had their children in a public maternity school, in June, July and August, 2003, took part into the study. The research method used was the Ethno-nursing, applying the models Observation-participation and reflection (OPR) and the Strange-friend. A script was used as an instrument for data collection and it contained data which were observed in the Admittance Unit and in the Obstetric Center, a semi-structured interview, which was recorded and transcribed thoroughly by the researchers, in the first month of the puerperal period; in a note's diary. The findings were reflected and based on the Cultural Care's Diversity and Universality Theory, by Madeleine Leininger, which showed multiple factors that influence the pregnant women's behavior. By the depositions' analysis, 5 (five) large themes appeared, being them divided into categories such as: theme I vision of the childbirth, categories by having influenced the gestation period; the family, the friends, the school and the prenatal influencing the pregnancy process and the means of communication, theme II the presence of fear in the pregnancy and childbirth process categories friends' information and the institution's dynamics. Theme III living the pregnancy, categories social and metabolic factors as determiners of the pregnant's behavior and the unexpected pregnancy, theme IV religiousness categories the influence of beliefs and religiousness in the childbirth, theme V institutional attendance categories the prenatal and the childbirth in the maternity. Before the results, enhancement in public health's policies were suggested in order to fulfill women's and their family members' necessities, reorientating the attendance and emphasizing the clientele's cultural values.

KEY-WORDS: Childbirth; Nursing; Cultural Diversity.

RESUMEN

El parto es un acontecimiento muy importante en la vida de la mujer, una vez que constituye un momento único para el binomio madre e hijo, dicho binomio presenta tanto de leyendas y creencias. El estudio tuvo como objetivo comprender los factores que interfieren en las experiencias vivenciadas por las mujeres por parir y parto. De este participaron 07 (siete) mujeres, que vivían y tuvieron sus hijos en una maternidad pública de Fortaleza-Ceará, en los meses de junio, julio y agosto de 2003. El método de investigación realizado fue la Etnoenfermería, aplicando los modelos Observación-participación y reflexión (OPR) y el Estraño amigo. Como instrumentos de colecta de datos se ha utilizado un roterio que contenía datos que han sido observados en la Unidad de Internación y Centro Obstétrico, una entrevista semi-estructurada, que fue grabada y transcrita por entero por los investigadores, ha sido realizada en los sitios de las mujeres, en el primer mes de la parturienta; y un diario de campo. Los señalados han sido reflejados y basados en la Teoría de la Diversidad y Universidad de Atención Cultural, de Madeleine Leininger, en que han sido evidenciados diversos factores influenciadores en el comportamiento de las parturientas. Delante el análisis de los testimonios, siguieron 5 (cinco) grandes temáticas, siendo estas subdivididas en categorías y de este modo distribuida: temática I visión del parto, categorías por vivenciado una gestación; la familia, los amigos, la escuela y el prenatal se han influenciado el proceso de embarazo y los medios de comunicación, temática II la presencia del miedo en el proceso gestacional y parturitivo categorías las informaciones de los amigos y la dinámica de la institución, temática III vivenciando el embarazo, categorías los factores sociales y metabólicos como determinantes del comportamiento de la preñada y el embarazo no planeado, temática IV religiosidad categoría la influencia de las creencias y religiosidad en el parto, temática V acompañamiento institucional categorías el prenatal y el parto en la maternidad. Delante los resultados, han sido sugeridos mejoras en las políticas públicas de salud y educación que atiendan a las necesidades de las mujeres y sus miembros familiares, con reorientación de esta atención enfatizando los valores culturales de la clientela.

PALABRAS CLAVES: Trabajo de parto; Enfermería; Diversidad Cultural.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Com o presente texto introdutório, intento construir o objeto da pesquisa relatado neste trabalho.

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o binômio mãe-filho. Por envolver aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, é considerado por vários autores Sofier (1991); Brandão (1998) ; Maldonado (2000) um fenômeno complexo, tornando-se objeto de estudo em várias ciências, entre elas a Enfermagem.

O interesse pela Enfermagem obstétrica surgiu no quinto semestre da graduação na Universidade Estadual do Ceará, em 1982. Nos semestres seguintes da graduação, amadureci a idéia de permanecer nesta área de atuação, pois percebia, então, que o ato do nascimento me fascinava. Após a formatura, fui morar em Manaus, onde tive a feliz oportunidade de cursar a Habilitação em Enfermagem Obstétrica, aumentando, desta forma, o meu interesse por essa temática da saúde da mulher.

Terminando o curso, fui convidada a trabalhar na cidade de Macapá, Estado do Amapá, na Maternidade Mãe Luzia, que me ensejou praticar no cotidiano, os conhecimentos adquiridos durante os cursos de graduação e habilitação. Nessa maternidade, trabalhava em regime de escala diarista com outras sete enfermeiras. No início, prestava assistência de enfermagem às gestantes e as puérperas nas enfermarias, depois no setor de esterilização e, por fim, no centro obstétrico, onde tive o prazer de conviver com as parturientes o fenômeno do parto.

Após 13 anos trabalhando na capital do Amapá, por motivos de doença na família, retornei a Fortaleza, e por estar incluída no quadro dos funcionários da Universidade Federal do Ceará (UFC), fui lotada na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), onde continuei a atuar diretamente na Enfermagem obstétrica. Esta experiência favoreceu o convite para ministrar aulas sobre Enfermagem Obstétrica na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), atividades desenvolvidas por mim até os dias de hoje.

Em minha vivência diária com as mulheres, durante o processo parturitivo, chamava-me a atenção o comportamento de algumas em não participarem ou mesmo questionarem a maneira como o seu trabalho de parto estava sendo conduzido. Observava que algumas parturientes deixavam-se conduzir, permaneciam em seus leitos, caladas e não questionavam o tratamento recebido, assumindo uma atitude de quem estava ali para cumprir ordens, enquanto os profissionais se tornavam cada vez mais intervencionistas, tornando-se comum frase do tipo: “senhora, ajude, eu sei o que estou fazendo”, quando penso que a pergunta correta seria - “senhora em que posso ajudar?” Refletindo sobre este fato, Melo (1996) ressalta que a Obstetrícia vem tomando um aspecto técnico cada vez mais intervencionista, não deixando que se perceba os erros que estão sendo cometidos, quando não se obedece a fisiologia natural do parto. Enquanto isto, as parturientes estão se tornando cada vez mais “pacientes”, sendo induzidas a parir de acordo com as rotinas hospitalares que fazem uso exacerbado de episiotomias, fórceps e cesarianas.

A convite da Secretária de Saúde do Estado do Ceará e da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), realizei em 1999 uma viagem para conhecimento da dinâmica das casas de parto japonesas, quando conheci a atuação das enfermeiras obstétricas daquele país, além do que, participei de treinamento em saúde mãe-filho, no qual vivenciei um lado da assistência de enfermagem obstétrica japonesa, para mim, desconhecida: o ato de parir realizado em domicílio e casas de parto, assistido e acompanhado somente por enfermeiras obstétricas (*Midwifery*), cuja filosofia apóia a assistência integral à gestante desde o pré-natal até o puerpério, respeitando as crenças, os valores e as experiências vivenciadas por essas gestantes. O cuidado prestado pelas enfermeiras acontecia, na maioria das vezes, no ambiente natural das gestantes.

Na cultura japonesa, as gestantes escolhem, em conjunto com as enfermeiras e componentes familiares, onde, como e quem acompanhará seus partos. Odent (2002) acredita que durante o processo parturitivo as mulheres necessitam de privacidade e respeito às suas crenças, valores e costumes, devendo estar perto das pessoas em quem confiam. Quando as culturas não observam estes cuidados, acabam atrapalhando o processo fisiológico do trabalho de parto. Acrescenta, então, Maldonado (2000) que se faz necessário considerar o contexto

sociocultural que interfere até mesmo na maneira como as parturientes sentem e interpretam as diferentes sensações físicas do parto.

Alguns objetos, como mesas de parto, cavalinhos, bolas para massagens em uso nas maternidades e casas de parto do Japão, com a finalidade de ajudar as gestantes no processo parturitivo, foram doadas às maternidades, no Estado do Ceará, que participavam do projeto, desenvolvido com a parceria da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a JICA, chamado Projeto LUZ, que tinha como objetivo a humanização do parto. Entre esses hospitais foi incluída a maternidade onde trabalho. Porém, no meu cotidiano, observava que algumas mulheres não aceitavam, enquanto outras até mesmo rejeitavam estes objetos, apesar de serem informadas, no centro obstétrico, quanto as suas vantagens para evolução do trabalho de parto. Estes fatos levaram-me à reflexão sobre a minha trajetória na assistência ao parto e a percepção de que outras parturientes, anteriormente por mim observadas, também não participavam de seus trabalhos de parto. Comecei então a me questionar: quais fatores que tem influenciado o comportamento das parturientes?

Segundo Collaço (2002) as civilizações antigas seguiam vários rituais durante o trabalho de parto e parto, porém, as gestantes concordavam e participavam dos rituais. Os partos eram assistidos por mulheres da comunidade, por seus companheiros ou, na maioria das vezes, tinham os filhos sozinhas.

Como enfermeira obstétrica tenho observado que o trabalho de parto, apesar de ser um ato fisiológico, requer hospitalização e que, na maioria das maternidades, durante todo o processo parturitivo, a parturiente fica distante da família, e como Meirighi (1998) enfatiza, a parturiente, ao ser internada, passa a ser um caso, recebe um número de identificação, já não sendo um indivíduo, mas a parturiente do leito tal, conduzida a um ambiente estranho, o que, provavelmente, influencia nas suas atitudes.

A maneira como a parturiente usa o seu corpo, o modo de se comportar durante o trabalho de parto depende das informações recebidas no pré-natal, do contexto socioeconômico e de sua personalidade (SIMÔES, 1998). Logo, acredito que a gestante necessita de conhecimento sobre gravidez, nutrição adequada,

evolução do parto, crescimento e desenvolvimento do bebê, amamentação, imunização, como também precisa receber informações sobre preparação física adequada para o parto, no que diz respeito aos efeitos de variar as posições, para que possa participar ativamente do seu parto, percebendo o bem-estar que estas variações proporcionam.

Ressalto que algumas mulheres, não tendo orientações no pré-natal, irão instintivamente saber o que fazer durante o parto, porém outras não tendo um modelo a seguir, precisam ter acesso às informações. Balaskas (1993) diz que, graças às instruções recebidas no curso de preparação para o parto, conseguiu manter-se tranqüila, realizando as técnicas respiratórias e desviando, desta forma, sua atenção das contrações.

Portanto, os cursos de orientação para o parto devem adotar uma abordagem centrada no contexto sociocultural, no processo de significação que a parturiente tem acerca do trabalho de parto. Relatam Nakano e Mamede (1994) que a compreensão dos significados conferidos pelos indivíduos aos objetos e eventos são produtos de sua vida social.

Em um levantamento bibliográfico sobre o uso de programas de educação e treinamento para o parto, proposto em Read (1993), Velosky e Platnov (1949) e Lamaze (1952), observaram, ainda, que os autores enfatizavam a importância da participação ativa da mulher no processo de parir. A mulher deve aprender a tomar parte direta no acontecimento, executar exercícios respiratórios e participar ativamente do fenômeno em vez de ficar na passividade.

Em minha caminhada obstétrica, observei que o medo é um dos fatores que também colaboram para a não-participação das parturientes no fenômeno do parto, condicionando uma situação em que tudo é desfavorável ao ato de parir. Read *apud* Melo (1996) enfatiza que não é o parto a levar a mulher a um estado emocional especial e sim o estado emocional é o condicionador da marcha do parto. Sendo assim o medo de parir produz espasmos no colo uterino, dificultando a expulsão da criança.

O parto entre os povos primitivos era um acontecimento de pouca relevância, justificando o fato de que, em geral, a mulher mal interrompia seus afazeres.

Entretanto, na sociedade atual, a mulher é preparada para ter dor, pois desde a infância escuta sua mãe, parentes e amigos falarem dos sofrimentos da parturição, criando-se, desta forma, o que Melo (1996) chama de complexo de medo e apreensão.

Assim, percebo que a cultura dos povos vem influenciando o processo parturitivo e permeando a história da humanidade. Rezende (1998) refere que as índias, ao iniciarem as dores do parto, não buscavam parteiras nem faziam outras cerimônias, apenas pariam pelos campos, em qualquer lugar, como os animais. O ato da parturição entre as índias Bororos acontecia no chão, sentadas em uma esteira, com as pernas estendidas e abertas, auxiliadas por outras selvagens que lhe espremiavam o ventre. Melo (1996) relata que o viajante francês Jean de Léry (século XVI) estando entre os índios Tupinambás, em uma alta noite, ouviu gritos de uma mulher e pensou que estivesse sendo atacada por uma onça, entretanto, quando correram para protegê-la, constataram que se encontrava em trabalho de parto ajudada pelo marido. Em outras culturas, por exemplo, entre os índios Samoas - é hábito não gritar e não se desesperar, o que é considerado um bom sinal.

A cultura, na visão de Geertz (1989), é um modelo criado por um grupo ou sociedade em benefício próprio. Odent (2002) concorda com a noção de que os homens criam culturas, porém, considera o comportamento humano um fenômeno complexo, tendo uma certa influência hormonal, visto que, ao encontrar-se grávida, a mulher pode demonstrar algum comportamento materno mesmo antes de saber que esta gestante.

Para Langdom (1991, p.1) a cultura é “qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo”, ou seja, é algo aprendido e compartilhado, não negando a existência do papel biológico da natureza humana, porém não é ele o que determina as diferenças entre as pessoas, destacando que as necessidades biológicas de cada um são moldadas pela cultura.

Burroughs (1995) refere que a mulher, ao assumir atitudes positivas, tenderá a fazer do processo parturitivo uma experiência agradável. Neste ponto concordo inteiramente com o autor e considero que para isso precisam ter a

consciência de que, durante a gravidez, profundas mudanças endócrinas, somáticas e psicológicas repercutem no comportamento da mulher.

No início da gravidez, pode acontecer um desvio do paladar e do olfato, é comum a ocorrência de enjôo e repugnância pelos alimentos, hipersecreção salivar, vômitos, às vezes, incoercíveis, colocando em perigo a vida da mãe e do filho em formação. Com a chegada do nono mês, surgem várias modificações fisiológicas. O feto tende a desenvolver-se mais rapidamente, ganhando peso e volume, as contrações fisiológicas acentuam-se novamente e o corpo deve mudar seus mecanismos de postura para manter a estabilidade. Tais modificações intensificam as ansiedades, que vão se exarcebando pela noção de proximidade do parto. A incerteza quanto à data e ao local do parto resume e sintetiza as outras incertezas (de como será o parto e o bebê, qual será o seu sexo, como se fará a sua criação) e os temores da morte, de ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto, de não ter leite suficiente, das conseqüências da episiotomia, de ter um filho malformado adquirem características intensas, em geral, inconscientes. A compreensão de tais acessos de angústia permite aos profissionais entenderem que uma mulher, quando chora, é porque já não tolera mais a ansiedade e, portanto, necessita ser atendida (SOFIER, 1991).

Por corroborar o pensamento dos antropólogos na afirmação de que a cultura tem influência no comportamento humano e aceitando integralmente a idéia de Leininger de que o enfermeiro, para comunicar-se com o cliente, deve entender sua visão de mundo, crenças, valores e costumes, trago para este estudo o argumento de que a cultura, os valores, as crenças, as experiências e os significados que as gestantes têm do parto vão interferir no seu comportamento durante a parturição.

Como enfermeira, percebo a importância do trabalho que realizei e nas mudanças que poderão surgir. Penso que ao realizar este estudo posso posteriormente prestar um cuidado à parturiente, respeitando sua forma de ver e sentir o parto, seus sentimentos, valores e crenças, pois acredito que, desta forma, o cuidado de enfermagem terá uma visão holística e humanizada. Muitas vezes, o descontrole, o pânico e a introspecção decorrem de um cuidado precário que não protege, não acolhe e até mesma negligencia e maltrata. Boff (2001, p.144) diz que:

"temos uma missão permanente, que é cuidar do Ser em todas as suas dimensões, corporal, mental, espiritual. Só então seremos plenamente humanos".

Diante do exposto e por conviver com parturientes em sala de parto, senti a necessidade de aprofundar meu conhecimento sobre o comportamento das parturientes, investigando quais os fatores determinantes do seu comportamento, não esquecendo o contexto sócio-cultural em que estão inseridas, visto que os autores, em sua maioria, consideram este fator um determinante essencial deste comportamento.

Portanto, este estudo teve como objetivo compreender os fatores que interferem nas experiências vivenciadas pelas mulheres no trabalho de parto e parto.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos culturais e fisiológicos da parturição

A gravidez ao longo dos tempos vem sendo objeto de estudo e da curiosidade humana. A gestação está sempre cercada por tabus, mitos e sentimentos que permeiam a história.

Através dos tempos, refere Kitzinger (1984), que sempre existiu a problemática “ter ou não ter filhos, ficar ou não grávida”. Ter filhos significava uma maneira de o casal manter-se unido, prevenir-se contra a velhice, transmitir seu nome e assegurar esforço agrícola e de guerra. A figura da Deusa-Mãe era a representação de uma mulher de quadris largos e seios volumosos que, no momento do parto, arriscava-se em prol da continuação da vida. A mulher, então, que tivesse muitos filhos adquiria certa consagração na comunidade.

A mulher, salienta Centa (1998) possui, desta maneira, importante papel como disseminadora das culturas por meio de seus filhos. A mãe é quem o coloca em contato com o mundo, ensinando-lhes as diferenças básicas dos papéis sexuais e iniciando, desta forma, sua socialização.

O parto, referem alguns historiadores, era considerado um fato comum: “assunto de mulher”. As gestantes tinham os partos (filhos) sozinhas ou ajudadas por seus familiares ou com parteiras, mulheres da comunidade que, por terem vários filhos e muitas vezes sozinhas, eram consideradas aptas a ajudarem as gestantes (ODENT, 2002).

A presença da parteira com sua experiência ajudava a criar um clima emocional favorável a parturição (MALDONADO, 2000). Havia também grande variedade de talismãs, orações, amuletos e receitas mágicas que eram usados com a finalidade de ajudar no processo parturitivo.

A Bíblia Sagrada faz referência a alguns nomes, como o de Séfora e Fua nos livros do Pentateuco um dos quais – o Gênesis- lembra os partos de Raquel e Tamar sendo acompanhadas por estas mulheres (REZENDE, 1998). É o que se

pode constatar nos versículos do Livro do Gênesis Editora Ave Maria, quando dos nascimentos de Beijamim (Raquel) e dos gêmeos Farés e Zara (Tamar).

“Quando faltava um bom trecho para chegarem a Éfrata, Raquel deu à luz. O parto foi difícil e, como desse à luz com dificuldade, a parteira lhe disse: Não tenha medo, pois este é um menino!” (Gênesis 35, 16-17).

“Quando chegou o tempo do parto, Tamar teve gêmeos, durante o parto, um deles estendeu a mão e a parteira amarrou uma fita vermelha dizendo: Foi este que saiu primeiro” (Gênesis 38, 27-28).

Melo (1996) encontrou na mitologia nomes de divindades invocadas pelas mulheres na hora do parto: Artemísia (deusa grega) e Luciana (deusa latina) que foram substituídas por santos e santas com a chegada do Cristianismo.

No século XVII, surgiram os primeiros cirurgiões na assistência ao parto. A descoberta do fórceps, pelos irmãos Chamberlain, fez com que o médico adquirisse mais autoridade e a parteira fosse perdendo a primazia. Os irmãos Chamberlain exigiam que as parteiras ficassem com os olhos vendados a fim de que o segredo de família não fosse revelado. Ao final do século XVIII, a cesariana já não resultava, necessariamente, em morte materna, e a figura da parteira era relegada a um segundo plano (MALDONADO, 2000).

Com a institucionalização da assistência ao parto, a partir de 1950, visando à redução da mortalidade materna e neonatal, relatam Tanaka (1995), Oba e Tavares (1996), Oliveira e Madeira (2002) e Oliveira *et al* (2002) que a mulher foi internada e o parto aos cuidados médicos.

A gestante, então, foi despojada de suas roupas e pertences, tornando-se “mais uma” entre muitas mulheres que esperavam a hora de parir. Conseqüentemente, perdeu as referências, tornando-se propriedade da instituição. A partir deste momento, o nascimento tornou-se um processo artificial, complexo e distante do ambiente familiar (SANTOS e BONILHA, 2000).

O hospital, por ser um ambiente desconhecido para a gestante, salientam Pinto *et al* (2002) e Junqueira (1987), produz uma situação de ansiedade e a assistência ao parto, aos poucos, vai se tornando um produto baseado em rotinas,

despersonalizado, em que a parturiente é tratada, na maioria das vezes, sem um enfoque humanista.

Perdeu-se, então, o envolvimento emocional dos componentes familiares, participantes milenares do ritual no parto domiciliar, fato legitimado como expressão de afeto e solidariedade, tendo como reflexo o descontrole emocional das parturientes. O que foi ganho em segurança nos diagnósticos e tratamentos perdeu-se em calor humano (ARAÚJO e OLIVEIRA, 1984; OSAVA, 2003).

Bruggemann (2001) descreve o parto normal como um momento profundo para a gestante, enquanto Rezende (1998) classifica os diferentes tipos de parto em: *espontâneo*, quando se inicia, evolui e termina sem interferência assistencial ativa; *induzido*, quando se empregam medicamentos ou manobras especiais (ex: ruptura artificial da bolsa das águas) para dar início ao trabalho de parto; *dirigido*, quando envolve ato cirúrgico para realizar ou concluir o parto; *normal ou eutócico*, quando não há complicações; e *distocias*, quando ocorrem anomalias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), parto normal é aquele com início espontâneo, em posição cefálica, de vértice, entre 37 a 42 semanas completas de gestação e, após o nascimento, mãe e filho encontram-se em boas condições.

A evolução do parto compreende três períodos clínicos, segundo Rezende (1982). *Primeiro período ou fase da dilatação* - inicia-se com contrações uterinas 30mmHg de intensidade e frequência de 2 a 3 em 10 minutos, promovendo a dilatação completa da cérvix uterina para 10 cm. No *segundo período ou na fase da expulsão*, ocorre a saída do concepto. O *terceiro período ou secundamento* é a fase em que ocorre a expulsão dos anexos fetais (placentas e páreas ou secundinas). Rezende (1982, p.299) nomeia a primeira hora após o parto de quarto período.

Atualmente, refere Balaskas (1993), apesar de ser possível assegurar assistência hospitalar a quase todas as grávidas na ocorrência de complicações e de a taxa de mortalidade haver diminuído, observa-se, no entanto, que o excessivo uso da tecnologia obstétrica de rotina, inadequadamente aplicada ao parto normal, atrapalha o processo natural e acaba causando problemas para os quais foi destinada a prevenir.

Acrescenta Odent (2002) que ninguém pode negar os enormes benefícios relativos à segurança que a tecnologia na obstetrícia oferece quando ocorrem problemas que podem comprometer a vida da mãe ou do bebê ou de ambos. Entretanto, a grande maioria dos trabalhos de parto tem chance de transcorrer sem complicações, e está claro que o bom senso na condução do trabalho de parto foi suprimido pela aplicação de rotina de intervenção obstétrica, resultando em número crescente de parto fórceps e cesariana.

A assistência adequada ao parto, para Caldeiro-Barcia *et al* (1982) e Silveira (2003), consiste em uma atitude de observar atentamente a sua evolução, sem interferir na sua fisiologia e na dinâmica familiar, incentivando a participação ativa da mulher e dando a possibilidade de escolher ser ou não anestesiada, decidir quem vai acompanhá-la e optar pela posição mais cômoda para dar à luz, reconhecendo o parto como um evento familiar e social de maior relevância. Assim, Sofier (1991) considera o nascimento um evento familiar em que, ao assistir a gestante, não se pode pensar só na “mulher grávida”, mas também na “família grávida”.

Macy e Falker (1981); Henrique *et al* (1998) versam o nascimento como um milagre cotidiano, quando a mulher passa por mudanças endócrinas, somáticas e psicológicas. Tem que se adaptar a uma nova vida que traz em si, que faz parte dela e, no entanto, dela se distingue. Estas mudanças, em conjunto com contexto familiar em que as gestantes estão inseridas, repercutem no comportamento delas contribuindo para que apresentem sentimentos ora positivos, ora negativos, visto que implicam um reajuste na rede das relações familiares, fazendo muitas vezes com que este momento seja mais importante do que a puberdade, o casamento e a menopausa.

A família, segundo Chagas (2000) propicia os aportes afetivos necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes; é em seu espaço que são absorvidos os valores ético e humanitário. É também no seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados os valores culturais. Para a autora, a família tem funções sociais, pois a cada época da vida do ser humano são incorporados práticas, crenças, valores e costumes familiares que vão influenciar no desenvolvimento da identidade cultural pessoal e grupal.

Na espécie humana, o preparo para a gravidez, inicia-se na infância, quando meninos e meninas brincam de papai e mamãe, de boneca, de casinha, fazendo-se presente na adolescência quando os jovens admiram os casais com filhos e, na fase adulta, quando o casal passa pelo processo de sonhar como desempenhará o papel de mãe e pai (O'DWYER,2000).

Uma das funções, então, do pré-natal, segundo Oba e Tavares (1996) é equivalente aos ritos de passagem, que, nas sociedades primitivas marcavam as grandes transições do ciclo vital. Embora a sociedade atual reconheça os problemas da gravidez, ainda não se deu conta claramente das suas dificuldades, e, por este motivo, não oferece apoio necessário. Isso não acontece na maioria das sociedades primitivas e rurais que oferecem vários rituais de transição, definindo o papel da grávida, oferecendo ajuda por meio do contato com mulheres mais velhas e mais experientes. Portanto, nas sociedades mais desenvolvidas, a "cultura da gravidez", embora tecnologicamente superior, é, do ponto de vista ritual, mais empobrecida.

Nos estudos realizados por Luis (1986), observou-se que algumas complicações surgidas durante o processo parturitivo refletiam a problemática do meio cultural e social de onde as pacientes provinham e que, em muitos casos, a gravidez apenas agravava. Os principais fatores responsáveis por esse quadro referem-se à abrangência e à qualidade da assistência obstétrica e neonatal oferecida à população materna; ao sistema inadequado de informações sobre morbidade, mortalidade e prestação de serviço de saúde que dificulta o gerenciamento das ações nos planos municipal, estadual, federal; à inexistência de programas de educação, em saúde dirigidos especialmente para gestantes e membros familiares, sobretudo aquelas de baixo nível socioeconômico e cultural. Acrescenta-se a isto o desconhecimento, por parte das mulheres, do corpo e das modificações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal. Isto não apenas em relação à natureza biológica, mas também psicossocial e sexual, até em razão de preconceitos. Denota-se ainda, o desconhecimento dos procedimentos de manipulação do corpo, das transformações geradas em seu ser, mecanismos estes que favorecem o desenvolvimento de uma gestação e um parto normal.

Salientam Nakano e Mamede (1994) que os cursos de orientação no pré-natal devem adotar uma abordagem no processo de significação que a mulher tem

acerca do parto, de modo a auxiliá-la na reflexão sobre a origem destes significados, o que seguramente irá ajudá-las durante a gestação e o puerpério.

Dada a importância cultural destes significados, Gurgel *et al* (1997) referem que, durante décadas, se tem observado que as meninas crescem atemorizadas com a idéia do parto, pois escutam comentários de suas mães, tias, avós, sobre o grande sofrimento na hora do parto. A mulher cresce com medo e o leva para o centro obstétrico, muitas vezes, dificultando o nascimento da criança ou ensejando complicações futuras.

Nas primeiras contrações o medo determina forte tensão de espírito e facilmente dá a impressão de dor, criando assim uma tríade medo- tensão- dor. A dor, por sua vez, faz aumentar o medo, que intensifica a tensão e a dor, estabelecendo-se um círculo vicioso que pode levar ao pânico. Essa atitude mental, além de proporcionar grande sofrimento, perturba a coordenação uterina, dando origem as distocias funcionais. O medo é, certamente, a conjunção de três fatores: sugestão; desconhecimento da morfologia da função dos órgãos genitais e dos fenômenos da parturição; e falta de amparo psicológico (REZENDE, 1998).

Uma palavra de conteúdo similar ao medo pode provocar reação diferente, dependendo das condições em que foi essa palavra registrada, compreendida no passado. A sugestão pode ser feita no sentido contrário, isto é, com objetivo de não criar ou agravar medos e sofrimentos, como está acontecendo de maneira crescente pela falta de compreensão de médicos e enfermeiros. A maneira de falar, de agir e de olhar do profissional que assiste o processo parturitivo deve inspirar calma e segurança. Deve-se procurar sempre e de qualquer maneira, afastar o medo do parto, adquirir confiança e a cooperação da futura mãe, o que é conseguido treinando-a para o parto, ensinando-a a respirar, a relaxar em momentos adequados, de maneira que o ato possa encontrar assim sua melhor expressão fisiológica e psicológica (MELO, 1996).

Read *apud* Melo (1996) reconhecia a influência cultural como fator fundamental no fenômeno da dor do parto e também acreditava que por meio da abordagem educacional, seria possível descondicionar o medo e produzir um reflexo

condicionado associado à contração uterina que permitisse a participação ativa da gestante no trabalho de parto.

O tipo de orientação no pré-natal deve observar as reações da comunidade, das famílias e das gestantes diante da gravidez. A conduta da enfermeira, segundo Góes e Paiva (1984) e Oliveira e Madeira (2002), deve possibilitar intervenção com base nas experiências dolorosas vividas pela mulher, prestar os cuidados de enfermagem individualizados, incluindo meios corretos de responder a comportamentos e atitudes da mulher em relação à dor. Deverá valorizar cada sentimento com vistas a cuidar do outro de forma valorativa, respeitando as palavras e lições que essas mulheres trazem de sua cultura e buscando um cuidar interativo.

Odent (2002) ressalta que o parto é um processo mental. Quando uma mulher está parindo, a parte primitiva do seu cérebro mantém-se ativa. Secretando seus próprios hormônios sintéticos, a mulher muda o nível de consciência e o parto é facilitado, porém, para que isto aconteça, ela precisa se sentir protegida, segura e próxima das pessoas em quem confia.

Quanto ao desempenho ativo durante o trabalho de parto e à adoção de posições naturais, verticais ou agachadas, Balaskas (1993) considera que são atitudes seguras, prazerosas para a grande maioria das mulheres darem à luz. Não há interrupção da fisiologia normal do parto ou interferência com o equilíbrio hormonal.

Diante do contexto, é válido observar que o comportamento da parturiente, a posição assumida, a movimentação durante o trabalho de parto constituem um campo de importância fundamental na obstetrícia, praticamente negligenciado pelos assistentes que conduzem o trabalho de parto.

É necessário, na visão de Trotto (1989), compreender a mulher grávida no seu contexto biopsicossocial; observar que tudo se entrelaça: a gestação, a cultura, a pobreza, a riqueza, a ansiedade, o medo, o nervosismo e a saudade. Seria interessante que o profissional pudesse ouvir a gestante investigando o ambiente em que foi criada, a sua concepção de feminilidade e como vê o papel da mulher na sociedade, sua percepção sobre o parto, ao adotar, o enfermeiro

obstetra, uma atitude compreensiva, observar o sentido de cada queixa, de cada preocupação. Ter uma atitude compreensiva não significa apenas segurar a mão da gestante que chora na hora do parto. É preciso compreendê-la em uma dimensão maior, para que possam ter curso de métodos eficientes de assistência, adaptando-se ao modo de vida da pessoa.

O termo cultura deriva do latim *colere, colui* (cultivo, cuidado) e estava relacionado ao cultivo do solo (CRITELLI, 1981).

A Antropologia é a ciência que desde seu surgimento, se preocupou com o conceito de cultura. No entendimento de Edward Tylor, o primeiro antropólogo a conceituar cultura, como " todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, o direito, os costumes, e quaisquer outros hábitos e capacidades adquiridas pelo homem enquanto membro da sociedade" (LARAIA, 2003, p.25).

Laraia (2003) citando Kroeber, antropólogo americano, relata que a preocupação desse autor é evitar que se faça confusão entre o orgânico e o cultural. Para ele, não se pode ignorar que o homem depende do seu material biológico, pois, para manter-se vivo, ele tem que satisfazer suas funções vitais, como a alimentação, o sono, a respiração e a atividade sexual. Mas, embora estas funções sejam comuns à humanidade, as maneiras de satisfazê-las variam de uma cultura para outra. A sua herança genética não se relaciona com suas ações e pensamentos, pois todos os seus atos dependem inteiramente de um aprendizado. O homem, para o autor, é o resultado do meio cultural em que foi socializado, de sorte que seu comportamento não é biologicamente determinado.

Morin (2001) traz à evocação o fato de que a cultura é constituída pelo conjunto dos saberes, fazeres, regras, normas, proibições, estratégias, crenças, idéias, valores, mitos, que se transmitem de geração em geração, se reproduzem em cada indivíduo. Não há sociedade humana sem cultura, desprovida de cultura.

Cultura, na compreensão de Hermet (2002), é como uma matriz, em permanente evolução, dos sentimentos e das maneiras de se perceber as coisas que caracterizam todas as comunidades em um dado momento, dirigindo as reações de uma coletividade e de cada um dos seus membros ante as perspectivas imediatas que se abram diante deles.

Leininger, entre as várias teóricas de enfermagem, foi quem melhor identificou o contexto cultural como condicionante do comportamento dos indivíduos, fundou um campo de estudo e atividade para a profissão, denominada Enfermagem Transcultural, onde sobrepôs cultura como um de seus conceitos centrais.

“Cultura são os valores, as crenças, as normas e modos de vida apreendidos, compartilhados e transmitidos de um grupo particular que orientam o pensamento, e as ações, de maneiras padronizadas” (LEININGER, 1991, p. 45).

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

3.1 Um enfoque sobre a Etnografia e Etnoenfermagem

Etnografia é uma palavra que norteia uma tradição de pesquisa, mas defini-la não é tarefa simples. Para Ferreira (1993), é o estudo e a descrição dos povos, sua língua, sua raça e sua religião, que se propõe conservar todo o fenômeno social e a riqueza de seu contexto. Para Winkin (1998), é um termo em que tudo se encontra, no qual a cultura é considerada determinante do comportamento dos sujeitos envolvidos. É também considerada, por alguns pesquisadores, segundo Rockwell (1998), como mera descrição do fenômeno, enquanto, para outros, é a construção de uma teoria sobre o funcionamento de uma cultura particular de acordo com a percepção que têm do universo os membros desta cultura.

Antes do século XIX, o etnógrafo e o antropólogo eram personagens distintas, passando a uma união recente, em que o novo antropólogo é não só construtor de teorias gerais sobre a humanidade, como também um observador e ouvinte que registra os seus aspectos culturais. O etnógrafo antes permanecia em seu escritório e enviava questionários etnográficos aos viajantes, missionários, entre outros, que, além de responderem, traziam de suas viagens objetos dos povos “exóticos”. Malinowski, por volta de 1915-1920, para escrever *Os Argonautas do Pacífico Ocidental* desceu ao campo de estudo tentando captar o ponto de vista dos indígenas e sua visão de mundo. A partir daquele momento, o antropólogo passou a ver as pessoas não mais como pessoas exóticas e sim como seres cujas crenças, valores e costumes devem ser respeitados. Warner, nos anos 1950, chegou à seguinte conclusão: “o que se pode fazer em terras estrangeiras pode-se fazer no seu país”. Então foi para a Universidade de Chicago e seus primeiros estudos nessa academia seguem o seguinte princípio: “a cidade é um laboratório natural”. Gooenough defende cultura de uma forma muito simples: “tudo o que é preciso para ser membro”, ou seja, tudo o que uma pessoa precisa saber para participar de um determinado grupo social. Com isto os antropólogos deixam de fazer pesquisas só com pobres, desajustados, camponeses, passando a ser

contemplado pelos etnógrafos modernos o estudo do cotidiano de lugares simples, como bares, escolas, restaurantes, igrejas, hospitais, locais aparentemente comuns, mas que poderiam revelar uma inesperada complexidade à análise (ROCKWELL, 1998; GEERTZ, 1989; WINKIN, 1998).

A Etnografia busca, então, compreender o modo de vida das pessoas, os fenômenos culturais, abordando esses fenômenos ou os processos particulares como parte de uma totalidade maior que os determina. O etnógrafo realiza uma imersão no cotidiano de outra cultura, procurando “ver as coisas do ponto de vista dos nativos”, como defende Geertz (1989). O pesquisador deve ser um observador participante, segundo Winkin (1998), não necessariamente tornar-se um dos investigados, mas conviver naquele ambiente, conhecendo-o primeiro, tirando suas impressões, para só depois iniciar entrevistas, fotos, vídeos etc, devendo ainda esclarecer o seu papel no grupo, não realizando observações, às escondidas.

Para Leininger (1991), Etnografia é um processo sistemático de observação detalhada, descrição, documentação e análise de estilos de vida ou padrões culturais das pessoas, permitindo entender o seu contexto ambiental.

O estudo etnográfico é uma opção metodológica nos mais diversos campos do saber, consoante indicado por Lima *et al* (1996) quando se quer compreender a maneira de viver e as experiências do indivíduo, a visão do seu mundo, os sentimentos, os ritos, os significados, as atitudes, os comportamentos e ações com interesse de identificar problemas e na proposta de mudanças em busca de melhores condições de vida.

Vários procedimentos da ordem metodológica surgiram a partir da Etnografia, em busca de se adequar as várias áreas de estudo como Etnociência, Etno-História, Etnometodologia, Etnopsiquiatria, Etnoenfermagem.

O termo Etnoenfermagem foi definido por Leininger (1991) como o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de Enfermagem, tais como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura, através da sua experiência direta, crenças e sistemas de valores.

Leininger (1991) desenvolveu o método de Etnoenfermagem com o objetivo de auxiliar os enfermeiros a documentar sistematicamente o modo de vida das pessoas, obtendo desta forma uma compreensão maior das suas experiências de vida relacionadas aos cuidados humanos, saúde e bem-estar, em diferentes ou iguais contextos ambientais.

Vale salientar que o método de Etnoenfermagem tem alguns guias facilitadores, dentre os quais podemos citar: *Leininger's Stranger - Friend Model* (Modelo Estranho Amigo) e *Observation - Participation - reflection Model* (Modelo Observação, Participação e Reflexão - OPR); que auxiliam o pesquisador a estudar o cotidiano das pessoas de maneira sistemática e reflexiva.

Com o modelo OPR, Leininger (1991) diz que é esperado do pesquisador que ele passe um período fazendo observações antes de tornar-se um participante ativo. Este modelo tem uma importante função, que é permitir ao enfermeiro - pesquisador fazer-se um completo participante.

Durante as últimas décadas, Leininger e seus alunos de graduação buscaram melhorar o modelo OPR, na tentativa de ajudar o pesquisador a se aproximar das pessoas, estudar o contexto total e obter dados acurados das pessoas.

As fases do modelo OPR possuem características criteriosas e importantes para assegurar observações e interpretações precisas das constatações. São elas: observação, observação com participação, participação com observação e reflexão (LEININGER, 1991).

O guia facilitador (Anexo B) de Leininger (1991) – de estranho para amigo confiável - descreve os indicadores de estranho e os indicadores de amigo confiável, proporcionando subsídios ao pesquisador para poder avaliar, por meio deste, como os informantes estão se comportando frente a sua presença. O pesquisador se aproxima do modelo ao refletir nos indicadores à medida que ele sai da situação de estranho para amigo.

3.2 A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Madeleine Leininger (1978, 1991) tornou-se a primeira enfermeira a utilizar a Etnografia. Trabalhando como enfermeira clínica em um lar de orientação infantil, com crianças perturbadas e seus pais, observou diferentes comportamentos entre elas. A diferença nas formas de vida cultural destas crianças chamou-lhe a atenção, tendo concluído, então, que estas diferenças tinham uma base cultural e que a falta de conhecimento sobre a cultura dos indivíduos entre os membros da equipe era o elo que faltava na Enfermagem.

Essa autora também observou que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos em comum no cuidado de todas as culturas. Com isso, ela procurou uma nova forma de prestar o cuidado de enfermagem, levando-a a desenvolver a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TD e UCC), procurando na Antropologia o componente cultural e na Enfermagem a dimensão do cuidado, pois em sua visão a essência da Enfermagem é o cuidado humano.

O objetivo da TD e UCC é que os indivíduos proponham seus pontos de vista, conhecimentos e práticas de saúde como base para as ações e decisões dos profissionais, visto que, para Leininger (1991), as pessoas de cada cultura podem saber e definir as formas nas quais percebem e experimentam o seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas de saúde.

Além disso, Leininger (1991) acredita que através de sua teoria poderá interpretar o fenômeno da Enfermagem transcultural, em que o cuidado cultural será promovido às culturas, diversas e similares no mundo, levando a Enfermagem a firmar-se, ainda mais, como uma profissão, - arte e ciência - autônoma.

Com a finalidade de auxiliar no estudo de como os componentes da estrutura social e cultural influenciam o estado de saúde e o atendimento proporcionado aos indivíduos, grupos, comunidades e instituições de uma determinada cultura, Leininger criou o Modelo Sunrise ou Modelo do Sol Nascente.

Este modelo (Anexo A) não é a teoria, mas pode ser considerado como um mapa cognitivo. Utilizando o modelo, o pesquisador guarda em seu intelecto a *gestalt* dos diversos influenciadores no cuidado. Estas dimensões ou influenciadores não podem ser vistos de forma isolada, fragmentada ou em partes, devem ser entendidos como intimamente relacionados, mantendo o pesquisador alerta para as várias dimensões potenciais ou as influências atuais no cuidado humano (LEININGER, 1991).

O topo do Modelo Sunrise é considerado a parte mais abstrata. Diz respeito à visão de mundo, em que se pode realizar o estudo da natureza, do significado e atributos do cuidado, a partir de três perspectivas: a microperspectiva ou micro-estudo estuda os indivíduos de uma determinada cultura; a perspectiva média enfoca os fatores mais complexos de uma cultura específica; e a perspectiva maior ou macro-estudo é onde são investigados os fenômenos em diversas culturas e pode ser considerado um estudo em larga escala.

Freqüentemente, o pesquisador começa o seu trabalho com o topo do modelo, ou seja, com a visão de mundo e as estruturas sociais, e depois gradativamente explora o profissional e o genérico sistema de saúde, bem como as possibilidades das ações e decisões de Enfermagem.

O enfoque seguinte será acerca dos vários conceitos que Leininger (1991) trabalha em sua teoria e que servirão para direcionar esta pesquisa.

Saúde: "Um estado de bem-estar culturalmente definido, praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos em desempenhar suas atividades diárias" (LEININGER, 1991, p. 48).

Sociedade/ ambiente: apesar de não conceituar sociedade/ ambiente, sua teoria contemplou visão de mundo, estrutura social e contexto ambiental e dentro destas definições, pode-se observar que sociedade/ ambiente é um assunto central de sua teoria (LEININGER, 1991, p.47). *Visão de mundo* é a maneira como as pessoas percebem o mundo ou o universo, formando uma instância de valor sobre suas vidas (LEININGER, 1991, p.47). *As dimensões culturais e de estrutura social* envolvem os padrões culturais e os aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura, incluindo os valores religiosos, sociais, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais, os

fatores etno - históricos e como estes fatores podem estar inter- relacionados e influenciando o comportamento humano (LEININGER, 1991, p.47). *Contexto ambiental* é a totalidade de um evento ou experiência particular que dá significação às expressões sociais em ambientes físicos, ecológicos, sócio-políticos e/ou culturais (LEININGER, 1991, p.48).

Seres humanos: não foram definidos, porém são representados em seus pressupostos. Os homens são considerados capazes de cuidar e de preocupar-se com as necessidades, o bem-estar e a sobrevivência dos outros. São universalmente seres cuidadores que sobrevivem pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras e de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações (LEININGER, 1991, p.22).

Enfermagem: a arte e ciência aprendida e humanística que se centra na conduta de cuidado personalizado (indivíduos ou grupo) com função e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou da recuperação de enfermidades que tem significação física, psicocultural e social (LEININGER, 1991, p.47).

Os valores culturais são tidos como forças diretivas que dão significado ao pensamento e decisão de um povo. O *cuidado cultural* é, então, os valores, as crenças e os modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outros indivíduos ou grupo a manter o seu bem-estar, melhorar sua condição humana, dando-lhe condição de lidar com a doença, a deficiência ou a morte (LEININGER, 1991, p.47).

Considera que o cuidado ao ser é universal, isto é, o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa de cuidado, sendo definidos como *Universalidade Cultural* os símbolos comuns ou uniformes de cuidados que se manifestam em muitas culturas (LEININGER, 1991,p.47). Porém, observou que cada cultura, de acordo com o seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visãc de saúde, doença e cuidado. A estas variações ou diferenças nos símbolos do cuidado dentre ou entre uma coletividade denominou de *Diversidade Cultural* (LEININGER, 1991,p.47).

O *cuidado* é tido como os atos de assistência, apoio ou facilitação dados ao indivíduo ou grupo com a necessidade evidente ou antecipada para melhorar sua condição humana e seu modo de vida (LEININGER, 1991, p.46). *Cuidar* é a ação e a atividade dirigida para a assistência, apoio ou capacitação de outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar sua condição humana ou forma de vida ou para encarar a morte (LEININGER, 1991, p. 46).

Ante estas considerações sobre a Teoria da Diversidade e Universidade do Cuidado Cultural, posso ressaltar que a opção por essa teoria surgiu da sua aplicabilidade em diferentes cenários culturais, com pessoas, lugares e situação diversas, possibilitando, desta forma, o conhecimento e a compreensão dos fatores que interferem no comportamento das parturientes.

3.3 A opção pela abordagem qualitativa

A busca por uma metodologia que me fizesse compreender os fatores que interferem no comportamento das parturientes levou-me a optar por um estudo descritivo com abordagem qualitativa, sob um enfoque etnográfico que, na Enfermagem, Leininger (1978) conceituou de Etnoenfermagem.

A abordagem qualitativa é indicada quando se quer uma descrição detalhada de uma determinada realidade, permitindo a compreensão do fenômeno que se quer investigar. O pesquisador poderá descrever e explicar o fenômeno estudado sob a visão de mundo dos informantes, ele trabalhará com a vivência, a experiência das pessoas, aprofundando-se no mundo de significados, visto que o pesquisador adentrará o cotidiano deles (MINAYO, 1998).

A Etnoenfermagem é um método qualitativo que faz uso de várias estratégias e técnicas, auxiliando a interação espontânea da enfermeira com os informantes, ajudando a documentar, preservar e interpretar o significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos, além de capacitar a enfermeira na obtenção de maior compreensão e significados das experiências do dia-a-dia das pessoas, em diferentes ou iguais contextos ambientais (LEININGER, 1991).

O método utilizado na Etnoenfermagem foi desenvolvido para se descobrir como eram realmente as coisas a partir da maneira como as pessoas (informantes) conheciam e viviam em seu mundo, focalizando o aprendizado, dos pesquisadores, através dos olhos, dos ouvidos e das experiências dos informantes.

A Etnoenfermagem, por ser um método que fornece ao pesquisador subsídio para compreender as experiências das pessoas, tem sido muito utilizada, por várias enfermeiras no Brasil, nos estudos com gestantes, entre as quais cito Collaço (2002) e Chagas (2000), que desenvolveram dissertações de mestrado, a primeira com um casal durante o processo de parto, utilizando a posição vertical, e a segunda com as gestantes trabalhadoras, em Sobral-CE, além de Ximenes (2001), que trabalhou em tese de doutorado com gestantes experienciando uma nova gestação.

Ao utilizar o método da Etnoenfermagem em conjunto com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, percebi a importância destes na pesquisa em que se busca estudar fenômenos específicos, com o objetivo de produzir conhecimentos e novas perspectivas na Enfermagem.

Ao me propor investigar os fatores que interferem no comportamento das mulheres em trabalho de parto e parto, optei pela realização de um estudo com o método da Etnoenfermagem, visto que por meio deste tive a oportunidade de responder às indagações do estudo em um tempo menor do que se houvesse empregado o método etnográfico tradicional, que é de maior abrangência exigindo mais largo decurso de tempo.

3.4 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade pública vinculada à Universidade Federal do Ceará, como também no ambiente natural das gestantes, suas residências.

Fortaleza, capital do Ceará, vem despontando como a quinta cidade mais populosa do País. Está cercada de praias, recebendo quase um milhão de visitantes por ano, possuindo uma população com cerca de 2.141.401 habitantes (IBGE,

2000). Apesar de ser considerada como o maior pólo concentrador das atividades socioeconômicas do Estado do Ceará, vem sofrendo alguns problemas demográficos desencadeados por fenômenos como a migração, acarretando com isto um rápido crescimento populacional e as desigualdades sociais.

Assim, a explosão do êxodo rural trouxe para Fortaleza o crescimento dos bairros de periferia, agravando os problemas relacionados com a prestação dos serviços que garantem saneamento, água e luz e de sua infra-estrutura, entre eles a habitação.

Os bairros mais pobres ficam localizados nas zonas oeste e sudoeste de Fortaleza concentrando uma população que vive de salário mínimo com uma extrema carência material que resulta em um padrão de vida com requisitos mínimos de sobrevivência (LANDIM, 2001).

Com a finalidade de descentralizar os serviços nos setores de saúde, educação, meio ambiente e outros segmentos de sua administração, Fortaleza foi dividida em seis grandes setores, denominados de secretarias executivas regionais ou SER I, II, III, IV, V, VI, onde cada uma das SERs fica responsável por 15 a 20 bairros.

Este estudo desenvolveu-se com parturientes moradoras nos bairros localizados nas SER III, IV e que tiveram seus bebês na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Escolhi esta maternidade por ser o lugar onde surgiram as minhas inquietações e por prestar cuidados a gestantes durante todo o ciclo gravídico-puerperal, atendendo, desta forma, ao objetivo da pesquisa. Na intenção de que o leitor compreenda o local, entendo ser interessante descrever a dinâmica dos diversos setores da maternidade onde ocorreu a pesquisa.

A MEAC foi inaugurada no dia 15 de janeiro de 1965 quando foi assinado um convênio entre a Universidade e uma entidade mantenedora a Sociedade de Assistência à Maternidade (SAMEAC). Tem como missão promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher, na época com

126 leitos, 08(oito) salas de partos e 01 box, com capacidade de oito partos simultâneos, ou seja, podia realizar até 30 partos por dia.

O primeiro diretor da MEAC foi José Galba de Araújo, médico nascido em Sobral, com pós- graduação nos Estados Unidos, que, também como Leininger entendia que a cultura e a peculiaridade de cada região deveriam ser respeitadas. Grande defensor do parto natural, trabalhou com as parteiras, orientando-as e treinando-as no atendimento às gestantes nos partos domiciliares. Percebendo sua importância na identificação das gestantes de risco, acreditava que se devia entender a cultura local, aliando-a ao conhecimento técnico e científico.

Entre os outros membros da equipe, podia-se, contar com 15 médicos, 03 enfermeiras, freiras missionárias vindas do Canadá (Missionárias de Nossa Senhora), com formação especializada neste tipo de trabalho, e uma associação composta de senhoras (Damas Vigilantes) da sociedade de Fortaleza.

O Setor de Internação ou Emergência atende as emergências obstétricas e ginecológicas, como também as gestantes em trabalho de parto. Sua área física constitui-se de uma enfermaria com 04(quatro) leitos e um banheiro anexo; 01(um) grande salão subdividido em 03 (três) boxes para anamnese e 01(uma) sala de curetagem; 01(um) repouso feminino com banheiro anexo; 01 (um) repouso masculino com banheiro anexo e 01 (uma) sala para expurgo. O serviço burocrático situa-se na entrada da Emergência. Ao chegarem, as gestantes se identificam, fazem suas fichas de atendimento e permanecem na sala de espera aguardando a equipe de Enfermagem para triagem. Quando chamadas, as gestantes entram, trocam de roupa e se dirigem aos boxes para serem examinadas pela equipe médica composta por um obstetra (*staff*), um residente e um interno. Ao ficarem internadas, as gestantes entregam os seus pertences aos familiares e são encaminhadas ao Centro Obstétrico. Saliento que faz parte das rotinas da maternidade o fato de que as gestantes, ao serem internadas, não sejam acompanhadas por nenhum membro de sua família.

O Centro Obstétrico está localizado no terceiro andar e é constituído por 04 (quatro) salas de pré - parto e parto fazendo um total de 18 (dezoito) leitos; 01(um) banheiro para as gestantes; 01 (um) banheiro para as

126 leitos, 08(oito) salas de partos e 01 box, com capacidade de oito partos simultâneos, ou seja, podia realizar até 30 partos por dia.

O primeiro diretor da MEAC foi José Galba de Araújo, médico nascido em Sobral, com pós-graduação nos Estados Unidos, que, também como Leininger entendia que a cultura e a peculiaridade de cada região deveriam ser respeitadas. Grande defensor do parto natural, trabalhou com as parteiras, orientando-as e treinando-as no atendimento às gestantes nos partos domiciliares. Percebendo sua importância na identificação das gestantes de risco, acreditava que se devia entender a cultura local, aliando-a ao conhecimento técnico e científico.

Entre os outros membros da equipe, podia-se, contar com 15 médicos, 03 enfermeiras, freiras missionárias vindas do Canadá (Missionárias de Nossa Senhora), com formação especializada neste tipo de trabalho, e uma associação composta de senhoras (Damas Vigilantes) da sociedade de Fortaleza.

O Setor de Internação ou Emergência atende as emergências obstétricas e ginecológicas, como também as gestantes em trabalho de parto. Sua área física constitui-se de uma enfermaria com 04(quatro) leitos e um banheiro anexo; 01(um) grande salão subdividido em 03 (três) boxes para anamnese e 01(uma) sala de curetagem; 01(um) repouso feminino com banheiro anexo; 01 (um) repouso masculino com banheiro anexo e 01 (uma) sala para expurgo. O serviço burocrático situa-se na entrada da Emergência. Ao chegarem, as gestantes se identificam, fazem suas fichas de atendimento e permanecem na sala de espera aguardando a equipe de Enfermagem para triagem. Quando chamadas, as gestantes entram, trocam de roupa e se dirigem aos boxes para serem examinadas pela equipe médica composta por um obstetra (*staff*), um residente e um interno. Ao ficarem internadas, as gestantes entregam os seus pertences aos familiares e são encaminhadas ao Centro Obstétrico. Saliento que faz parte das rotinas da maternidade o fato de que as gestantes, ao serem internadas, não sejam acompanhadas por nenhum membro de sua família.

O Centro Obstétrico está localizado no terceiro andar e é constituído por 04 (quatro) salas de pré - parto e parto fazendo um total de 18 (dezoito) leitos; 01(um) banheiro para as gestantes; 01 (um) banheiro para as

funcionárias; 01 (um) expurgo; 01(uma) sala para os primeiros cuidados com o recém-nascido; 01 (um) repouso médico com banheiro anexo; 01(uma) sala para estudo e reuniões rápidas. Os vestiários femininos e masculinos ficam no Centro Cirúrgico anexo ao Centro Obstétrico.

Trabalham no Centro Obstétrico 07 (sete) enfermeiras e 25 (vinte e seis) técnicas/ auxiliares de Enfermagem, distribuídas nas 24 (vinte e quatro) horas, e 01 (uma) funcionária que atua em escala de 08 (oito) horas, no serviço burocrático.

As mulheres ao serem internadas no Centro Obstétrico são encaminhadas para o banho de aspersão, trocam as vestimentas próprias da unidade, são encaminhadas ao leito, que também será utilizado no momento do parto, e recebem orientação quanto aos objetos que poderão utilizar durante o trabalho de parto. Os partos são realizados geralmente por médicos (*staff*), residentes e internos da Medicina, professores e acadêmicos de Enfermagem, enfermeiras e, em raríssimas vezes, pelas técnicas/auxiliares de Enfermagem. As normas e rotinas do atendimento de Enfermagem no Centro Obstétrico encontram-se no anexo C.

Após o parto normal, estando as puérperas e os bebês saudáveis, sem manifestarem qualquer risco de vida, são encaminhados ao Alojamento Conjunto, localizado no primeiro andar, visto que existe um Alojamento Conjunto, no segundo andar, destinado às puérperas de partos cirúrgicos. O tempo de internação das puérperas no Alojamento Conjunto é de 24 horas contudo este horário depende do horário do parto, das condições físicas e psicológicas da puérpera e do recém nascido e dos exames laboratoriais.

No Alojamento Conjunto as puérperas são orientadas quanto aos cuidados com o aleitamento materno, higiene do bebê, vacinação, alimentação e teste do pezinho. As mães e aos seus bebês são prestados cuidados de enfermagem quanto a verificação dos sinais vitais, involução uterina e lóquios, sinal de Homans e amamentação.

O Alojamento Conjunto é constituído por 06 (seis) enfermarias, ou seja, 36 trinta e seis leitos com os respectivos berços para os recém-nascidos; 01(um) banheiro coletivo com 06 (seis) divisórias e 01(uma) sala para expurgo. O posto de

enfermagem dispõe de um balcão grande para preparo e administração de medicamentos e vacinação, 01 (uma) pia, 01(um) berço para colocar o bebê nos casos em que se requer uma atenção direta de Enfermagem, 01 (uma) geladeira para o acondicionamento de vacinas, 02 (duas) mesas para prescrição e 01(uma) mesa com um computador para os serviços burocráticos.

O atendimento de Enfermagem é feito por 02 (duas) enfermeiras nos turnos da manhã e tarde e 02 (duas) técnicas/ auxiliares de Enfermagem em todos turnos. Aos sábados, domingos e no período noturno o atendimento é prestado pela enfermeira responsável pela supervisão do primeiro andar.

3.5 Os informantes

Os antropólogos utilizam o termo informante para as pessoas que fornecem informações sobre os costumes e as crenças de um grupo, revelando sua identidade cultural, pois, nas reflexões de Geertz (1989), o informante é capaz de perceber o que o etnógrafo não percebe.

Leininger (1991) refere que na Etnografia focalizada, a enfermeira pode estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes, entre 6 (seis) a 8 (oito), pois o que importa para a autora não é o número de informantes e sim o significado dos depoimentos. Foram necessários, nesse estudo, 07 (sete) informantes-chaves, ou seja os sujeitos que vivenciaram o fenômeno, e informantes gerais, que foram os sujeitos que convivem com os informantes-chaves (parentes, companheiro, amigos) e que revelaram, por meio de suas opiniões, uma visão diferente ou não do informante-chave.

Informante-chave: é uma pessoa que tem sido refletida e intencionalmente selecionada por ser a mais informada sobre o domínio da pesquisa no interesse do pesquisador de enfermagem. O informante - chave é utilizado para refletir as normas, valores, crenças e modos de vida da cultura, e é usualmente interessado no estudo e disposto dele participar (LEININGER, 1991, p.30).

Informante-geral: normalmente, não é perfeitamente informado sobre o domínio da pesquisa, mas é detentor de idéias gerais sobre esta, e está disposto a compartilhar suas idéias (LEININGER, 1991, p.30).

Para auxiliar-me na escolha dos informantes e do material necessário para coleta de dados, busquei a literatura e executei um projeto-piloto para cuja execução permaneci 02 (dois dias) na maternidade do estudo, observando o cenário, acompanhando 03 (três) mulheres em seus trabalhos de parto e parto. A realização dessa estratégia ajudou-me a refinar a entrevista, testar o roteiro de observação, na decisão sobre o critério de inserção dos informantes e como aconteceria a coleta de dados.

Minha intenção era dar início à pesquisa de campo observando as mulheres ainda realizando o pré-natal, porém, após o estudo-piloto resolvi excluir esse momento e iniciar a pesquisa no setor de Internação/Emergência. Observei que da forma antes prevista precisaria de um tempo maior para realizar a investigação com a gestante em trabalho de parto.

A execução do projeto-piloto também me preparou para o papel de investigadora no próprio local de trabalho. Encontrava-me sempre diante de comentários dos funcionários do tipo: O que é mesmo que você está observando? Qual a finalidade desta tua pesquisa? Você está observando se estamos trabalhando direitinho? Nesses momentos, senti necessidade de reforçar a verdadeira razão da minha estada no campo de investigação e justificar os propósitos do meu estudo.

Experienciando estas situações, deparei-me com os dilemas internos próprios da Instituição e os problemas éticos que o pesquisador enfrenta ao investigar no seu ambiente de trabalho. Segundo Vieira e Barroso (2002) a realização da pesquisa na própria instituição pode trazer benefícios, tanto para o aprendizado na formação do profissional como para a melhoria das práticas nas organizações, porém o pesquisador deverá ter habilidade de conduzir a pesquisa tendo consciência dos possíveis efeitos dos vieses percebidos durante a coleta e análise dos dados, como também as questões éticas relacionadas às instituições e os participantes de uma forma geral. Então, após várias reflexões, procurei seguir o

rigor metodológico da forma mais imparcial possível na tentativa de aproximar a realidade dos fatos às descobertas da pesquisa.

A inserção de cada informante-chave ficou então assim estabelecida: ser parturiente com idade a partir de 19 anos e que já tivesse vivenciado o parto normal; ter idade gestacional entre 37 a 42 semanas, pois a OMS (1996) considera que nesse período poderá ocorrer parto normal; em trabalho de parto normal, sem intercorrências (cesárea anterior, sangramento, hipertensão, ou qualquer tipo de distocia); estar internada na maternidade escolhida para a realização da pesquisa, ter residência fixa no Município de Fortaleza e concordar em participar da pesquisa. A opção por estas mulheres ocorreu com o intuito de me dar o ensejo de acompanhá-las nos seus trabalhos de parto e partos normais. Quanto às adolescentes, resolvi que não seriam incluídas no estudo por acreditar que suas formas de comportar-se, suas visões de mundo, são diferentes das mulheres com outra faixa etária .

Segundo Brasil (1996), a adolescência é a fase compreendida entre 10 e 19 anos, caracterizada por profundas mudanças nos aspectos físicos, psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais.

Ziegel e Cranley (1985) consideram - e eu também vou adotar este procedimento- a fase de dilatação como a do trabalho de parto e a fase da expulsão ou o efetivo nascimento da criança como parto, Empregarei também a definição de Ferreira (1993) para parturiente- mulher que vai dar à luz.

3.6 Aspectos éticos do estudo

Em todas as etapas da pesquisa, os preceitos éticos foram respeitados, conforme a Resolução nº196, de 10/ 10/ 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos. Foi elaborado um Termo de Consentimento e Explicação sobre a pesquisa, onde ficou registrado que as informantes-chaves e gerais tinham liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. A pesquisadora renominou os informantes com nomes fictícios, garantindo-lhes deste modo o anonimato. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do

Ceará, consoante ofício número 169/03, protocolado sob o número 91/03, no dia 26 de maio de 2003 (Anexo D).

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho, julho e agosto de 2003. Utilizei o método da Etnoenfermagem, de Leininger (1991), empregando em concomitância dois de seus guias facilitadores, que são; **Observation- Participation – Reflection Model** (Modelo Observação-Participação-Reflexão-OPR) e **Stranger-Friend Model** (Modelo Estranho-Amigo). Estes modelos serviram para ajudar-me a compreender o cotidiano das informantes-chaves envolvidas na pesquisa, direcionando as etapas da coleta de dados.

Utilizei também um roteiro (Anexo E) contemplando alguns aspectos do comportamento da gestante durante o trabalho de parto e parto e a assistência dos profissionais antes e durante o parto com o objetivo de orientar minha observação no Setor de Internação e Centro Obstétrico, uma entrevista semi- estruturada, que foi gravada e transcrita por mim em sua íntegra, realizada nas residências das informantes-chaves, e um diário de campo no qual anotei as observações não contempladas no roteiro.

Segundo Winkin (1998), na pesquisa etnográfica, é importante o uso do diário de campo pelo investigador que deve anotar tudo o que for observado para posterior seleção e análise. O diário de campo, continua o autor, tem três funções: a função emotiva configurada na transmissão, pelo autor, de suas impressões, nos comentários e na realização dos seus embates; na função empírica do diário de campo, o autor anota tudo o que chama sua atenção durante as seções de observação; por último, a função reflexiva e analítica, na qual após várias leituras, deverão surgir as configurações (*patterns*), recorrências comportamentais ou regras.

Leininger (1991) também sugere a entrevista como um ótimo recurso para se obter dados em pesquisa utilizando a Etnoenfermagem. Por meio deste instrumento, o pesquisador poderá alcançar dados que reflitam a visão do mundo dos informantes de acordo com o fenômeno que se deseja estudar, permitindo que o informante-chave conte sobre o tema de acordo com sua maneira e com o seu próprio estilo.

O Modelo OPR de Leininger (1991) é dividido em quatro fases de coleta: **observação, observação com participação, participação com observação e reflexão.**

A primeira é a observação direta do cenário no qual acontecerá o fenômeno a ser estudado. Nesta fase, o pesquisador só observa, olha, escuta e faz perguntas. No meu caso aconteceu no Setor de Internação e Centro Obstétrico, quando iniciei o contato com as informantes-chaves e observei seus comportamentos.

Ao chegar à maternidade, dirigi-me ao Setor de Internação, ou Emergência como é mais conhecido, apresentei-me à enfermeira, médicos e demais funcionários de plantão, explicando os objetivos e a forma como se daria a pesquisa. Fiquei aguardando as parturientes e, à medida que elas iam chegando, eu observava sua maneira de comporta-se, a forma como eram atendidas. Logo após a internação, seguia-se a observação no Centro Obstétrico, momentos que se prolongavam até a concretizavam do parto. Entretanto quero informar que não foi fácil, esse momento, tinha períodos em que estava aguardando as parturientes, na Unidade de Internação, porém, as mulheres que procuravam a maternidade estavam fora do critério de inclusão previsto na pesquisa.

Neste período da coleta, procurei manter-me na condição de observadora, prestando algum cuidado somente quando solicitada pela informante. Posso dizer que esta fase foi a mais difícil, pois, sendo a pesquisa realizada no local onde trabalho, me sentia tentada a intervir nos cuidados prestados ou que estavam deixando de ser oferecidos às parturientes, entretanto procurei manter-me como pesquisadora e seguir os modelos-guias de Leininger.

Na segunda fase ou **observação com participação limitada**, o pesquisador continua observando, porém neste momento poderá interagir um pouco mais com os informantes e fornecer orientações, respeitando o seu conhecimento anterior, o seu saber e a sua cultura.

Assim, posteriormente ao parto, acompanhei o transporte da mãe ao Alojamento Conjunto. À mulher, estando em seu leito com o seu bebê, apresentava-me como enfermeira e pesquisadora, relatava sobre a pesquisa, sua relevância,

seus objetivos, seus passos, os preceitos éticos e perguntava se ela aceitaria participar. Ao final da explanação todas responderam sim.

Após seu consentimento, dava-se início à segunda fase. Considerei bem mais agradável, não me senti tão reprimida, pois me achava mais útil às informantes, colocava-me a sua disposição para fornecer algumas informações, orientações, esclarecer suas dúvidas; minha participação, embora mínima, não influenciaria o comportamento da parturiente, visto que neste momento ela já era puérpera.

Procurei estar presente durante a visita familiar na maternidade já em busca dos informantes gerais, ficava um pouco distante observando quais membros da família e amigos vinham visitá-la, como a informante reagia, e ainda no Alojamento Conjunto foram estabelecidos, em comum acordo com as informantes-chaves, o dia e o horário da nossa primeira conversa em suas residências.

Na busca das residências das informantes-chaves, necessitei da ajuda de um catálogo telefônico. Os endereços não foram fáceis de localizar. Este foi outro momento de grande inquietação, pois enquanto procuravam seus endereços, me questionava: como seria a minha entrada no ambiente natural dos meus informantes? Como seria recepcionada? Estava ansiosa por encontrá-las novamente e ao mesmo tempo com receio deste encontro.

Minhas inquietações terminaram no momento em que as encontrei novamente. Acredito que por ter vivenciado com elas o momento do parto no Centro Obstétrico e puerpério no Alojamento Conjunto, tinham em mim uma pessoa que estava ali para ajudá-las, o que facilitou minha introdução ao campo e conseqüentemente minha interação com as informantes-chaves e gerais. Porém surgiu outro problema: os informantes associavam a minha pessoa à maternidade em que trabalho e muitas vezes tinha que explicar novamente que, embora sendo funcionária da maternidade, a pesquisa realizada por mim tinha um caráter independente.

Durante minhas visitas, quando percebi que a interação com as informantes estava acontecendo de forma espontânea, quando inferi que estavam à vontade para falar do seu cotidiano, sentindo na pesquisadora uma pessoa amiga,

passar para a terceira fase, denominada de participação com alguma observação, em que o foco principal é o papel da pesquisadora como participante.

As mudanças de fase foram dirigidas pelo Modelo Estranho - Amigo, de Leininger (1991), que tem como propósito capacitar o pesquisador a sair de uma situação de estranho não confiável para de um amigo confiável, a fim de se obter dados autênticos e dignos de crédito. Este modelo traz como alguns indicadores de estranho: pessoas propensas a protegerem-se e aos outros; são "vigias" e guardiãs contra os intrusos; desconfiados, questionadores; são observadores e atentos ao que o pesquisador faz e diz; são céticos sobre os motivos e trabalho do pesquisador; podem perguntar como serão usadas as descobertas pelo pesquisador. Como indicadores de amigo, posso citar: menos propensos a se protegerem; mais confiantes no pesquisador; menos desconfiados, e menos questionadores; dispostos a compartilhar segredos culturais e informações de experiências de um mundo particular; mais abertos, explicam e interpretam as idéias de tal maneira que o pesquisador tenha dados corretos.

Participação com observação. Nesta fase, poderão ocorrer as entrevistas, oportunidade em que as informantes-chaves discorrerão sobre o tema, seu cotidiano e sentimentos e a pesquisadora poderá compreender melhor sua visão de mundo.

Esta etapa ocorreu quando a informante, em casa, seu ambiente natural, com uma semana de pós-parto e já recuperadas do processo de parir sentia-se disposta a falar sobre o seu parto, sobre o que influenciou o seu comportamento durante o processo parturitivo. No momento em que percebi as informantes-chaves em interação comigo, conversando sobre seus problemas particulares, e todos da família já não mais me olhando com desconfiança, conversei com as informantes-chaves, combinamos a entrevista que eu já tinha mencionado no dia em que expliquei sobre a pesquisa no Alojamento Conjunto.

As entrevistas foram realizadas com as informantes-chaves, enquanto as opiniões dos informantes-gerais foram obtidas durante as conversas informais. Foram gravadas, transcritas na íntegra por mim, conforme o previsto. Após a

transcrição, retornei às informantes para que validassem o que estava ali transcrito e esclarecessem algumas dúvidas minhas.

Quarta e última fase, ou seja, a da **reflexão**. Começou no momento da entrada ao campo com o registro das primeiras observações e foi até o instante em que, de posse dos dados, realizei várias leituras na busca de apreender as revelações que foram emergindo, buscando compreender os seus significados.

As reflexões não deixam de ser contempladas em todas as demais fases. À medida que ia transcorrendo o trabalho de campo, os acontecimentos sendo descritos, a reflexão se tornava presente, daí não ser possível rígida separação das outras fases.

Leininger entende que esta é a fase de maior dificuldade/responsabilidade na medida em que lhe é atribuída um caráter de confirmação/validação dos resultados, preconizando o retorno ao ambiente de investigação.

Após as conclusões, elas foram novamente levadas ao conhecimento das informantes para que pudessem validar os dados e assim a pesquisa dar-se por concluída.

3.8 Análise dos dados

Os dados foram analisados seguindo o Modelo da Etnoenfermagem preconizado por Leininger (1991) em que utiliza 4 fases para análise dos dados, descritas a seguir:

1ª - Relação dos dados coletados, descritos e documentados

Foram realizadas análises dos dados coletados durante as fases do modelo OPR, que constaram no diário de campo, no roteiro de observação e nas entrevistas.

O roteiro de observação é o instrumento elaborado com a finalidade de orientar a visão da pesquisadora como intuito de que sejam observados os mesmos parâmetros em todas as informantes.

O diário de campo continha notas sobre a minha percepção sobre o cenário investigado, sobre as informantes chaves e gerais e sobre as situações que iam surgindo ao longo da pesquisa.

2ª- Identificação e classificação dos descritores componentes.

É o momento de identificar e caracterizar as falas das informantes, observando o significado do contexto, procurando agrupar as descrições dos comportamentos das parturientes a partir das semelhanças e divergências, no sentido de compreender o fenômeno proposto no estudo. Nesta fase, o modelo Sunrise foi rico em oferecer os indicadores no momento de abstrair as categorias.

3ª- Análise do padrão contextual.

Foi realizada uma avaliação minuciosa e criteriosa dos dados com a finalidade de identificar a saturação de idéias.

4ª- Temas principais.

Foram discutidas as descobertas da pesquisa. É nesta fase que abstraio e apresento a descoberta da pesquisa.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

4.1 Caracterização dos informantes e seu comportamento no trabalho de parto e parto

Antes da descrição das informantes-chaves que participaram deste estudo, explico que para garantir o seu anonimato optei por utilizar nomes de flores, escolhidos pelas próprias informantes, e que as visitas aconteceram sempre no período da tarde, visto que as informantes tinham um maior volume de afazeres domésticos no horário da manhã.

TULIPA- 20 anos, solteira, estudou até o 1º primeiro ano do Ensino Médio. Católica, está unida consensualmente há quatro anos, mãe de três filhos; uma menina de quatro anos, um menino de dois anos e o recém-nascido. Ela e seu companheiro encontram-se desempregados e por esse motivo foram obrigados a alugar sua casa, tendo Tulipa e seus filhos ido morar com sua avó materna.

Portanto, habitam oito pessoas na casa de sua avó materna: Tulipa e seus três filhos, um tio que se separou de sua esposa e duas outras netas, todos vivendo da aposentadoria de sua avó e do aluguel da casa de Tulipa. Seu companheiro, no entanto, está morando com os seus pais. Durante as minhas visitas, tive oportunidade de me encontrar com seu companheiro uma só vez e pareceu-me que a avó de Tulipa não se harmonizava com ele.

A casa estava à venda, entretanto, após iniciarem a construção de uma avenida em suas proximidades, sua avó desistiu de vendê-la. É de tijolo, rebocada e pintada, o piso é de cimento, tem cinco cômodos, um banheiro e um pequeno quintal.

Em nossas conversas, Tulipa relatou que esta gravidez foi difícil, não foi planejada. Descobriu que estava grávida quando procurou consultar um ginecologista, pois estava sentindo algumas dores no hipocôndrio (baixo ventre). Então o médico solicitou uma ultra-sonografia e descobriu a gravidez, e um pequeno cisto ovariano. Tulipa relata que, por desconhecer a interferência do cisto na gravidez passou a gestação preocupada, encontrando força nas orações que sua avó mandava que rezasse.

Descrição do comportamento de Tulipa no momento do trabalho parto e parto

Tulipa deu entrada na Emergência da maternidade às 08h25min, em uma manhã de sábado. Encontrava-se calma, não apresentando expressões faciais e corporais que representassem dor. Enquanto seu companheiro preenchia os dados de identificação, Tulipa foi examinada por um acadêmico de Medicina que constatou dilatação do colo para sete centímetros e bolsa das águas íntegra, havendo sido internada após o exame. Concluída a rotina de internação, duas auxiliares de enfermagem e uma estudante do curso de auxiliar de Enfermagem realizaram o transporte de Tulipa ao Centro Obstétrico, de maca.

Ao chegar no Centro Obstétrico, foi recepcionada por uma auxiliar de Enfermagem que realizou a rotina de admissão, encaminhando-a ao banho, em seguida ao seu leito, no qual ficou sentada, com uma expressão pensativa; mantinha-se calada e, nas vezes que iniciou uma conversa, foi para pedir água, não sendo atendida sua solicitação.

Às 10h50min, um acadêmico de Medicina solicitou que Tulipa deitasse em seu leito para que ele a examinasse, observando, nesse momento, que o colo permanecia com dilatação de sete centímetros.

Às 12h20 min, Tulipa decidiu caminhar. Neste momento, perguntou à auxiliar de Enfermagem por que “as dores não aumentavam”, pois estava preocupada porque tinha um cisto e por esse motivo acreditava que não poderia ter parto normal.

Às 14h45 min, ao ser avaliada novamente, encontrava-se com dilatação de oito centímetros, e às 15h15 min, começou a expressar-se em voz alta, quase ao desespero, que estava sentindo muitas dores, que não agüentava mais. Solicitou a presença do médico plantonista que a avaliou novamente, contudo permanecia com oito centímetros. Então o médico resolveu realizar amniotomia e prescrever medicação para indução do parto. Vale ressaltar que, no momento da amniotomia, Tulipa gritava que não queria que realizassem aquele procedimento, pois tinha medo que “lhe furassem”; então

o médico plantonista explicou como era realizado o procedimento. Embora, após explicação, Tulipa continuasse com receio, a amniotomia foi realizada.

Após, esse procedimento, uma professora do curso de auxiliar de Enfermagem mudou Tulipa do leito, alegando que naquele leito ela se encontrava sem privacidade. Neste dia, a sala de parto estava com 90% dos leitos ocupados. Após a troca de leito, o acadêmico de Medicina aproximou-se de Tulipa e começaram a conversar, porém, a cada contração, Tulipa gritava alto.

Às 16 horas, o estudante de Medicina a examinou novamente e constatou que estava na hora do parto. Solicitou à auxiliar de Enfermagem que preparasse o leito e o material de parto, e que Tulipa continuasse em decúbito dorsal, porém que flexionasse as pernas e afastasse os joelhos. O estudante calçou as luvas estéreis, fez assepsia na região perineal, colocou os campos estéreis e fez anestesia no local em que realizaria a episiotomia.

Entretanto, como o período expulsivo estivesse demorando, solicitava que Tulipa fizesse força, porém ela respondia que se achava “muito fraca” e que não estava mais em condições de colocar força. Então, o acadêmico pediu a um colega, também de Medicina, que estava na sala de parto, que fizesse uma manobra conhecida como Cristeller, pressão no fundo uterino durante a contração no segundo período do trabalho de parto. Logo a seguir, Tulipa gritou forte e o bebê nasceu.

O acadêmico que estava realizando o parto clampeou o cordão umbilical e colocou o bebê nos braços de Tulipa, que no momento se encontrava com a cabeça virada para o lado esquerdo e com um olhar distante. Porém, quando as pessoas saíram da sala de parto, ela começou a olhar e a tocar o seu bebê, examinando-o primeiro as mãozinhas, pezinhos e por último o sexo.

Às 16h30 min, a placenta delivrou espontaneamente; então a auxiliar de Enfermagem, lotada na sala da Neonatologia, pegou o bebê dos braços de Tulipa e o levou para realizar os cuidados mediatos. Enquanto isso, na sala de parto, as estudantes do curso de auxiliar de Enfermagem realizaram a higiene corporal de Tulipa e, logo a seguir o acadêmico de Medicina realizou a episiorrafia.

Ao término desse procedimento, Tulipa alimentou-se, as auxiliares de Enfermagem a colocaram em uma cadeira de transporte, lhe entregaram seu bebê para ela e pela primeira vez vi Tulipa sorrir.

HORTÊNSIA - 27 anos, solteira, estudou até a 5^o série do Ensino Fundamental II; não é adepta de nenhuma religião, entretanto refere ter uma afinidade maior com a evangélica, apesar de ser observado, em suas falas, o nome de Nossa Senhora. Mãe de três filhos, de três diferentes uniões consensuais, uma menina de doze anos que mora com sua ex-sogra, um menino de três anos, e a recém nascida, filha do seu atual companheiro com quem está em união consensual há dois anos.

Sua residência situa-se em uma vila de vinte casas, conjugadas, de tijolo rebocado, pintadas de cores diferentes, com três compartimentos, um banheiro e um quintal grande. Quando chegava para visitá-la, a única porta da frente encontrava-se sempre fechada e a janela entreaberta, pois tinha medo que o menino saísse para brincar na rua, porque as casas não tinham muros.

O primeiro cômodo da casa é a sala, com duas cadeiras pequenas de poltrona, uma mesinha com um aparelho de som e uma rede armada com a recém-nascida deitada. O segundo cômodo é um quarto com cama, guarda-roupa e mesinha com um televisor. Na cozinha há um fogão, um armário e uma mesinha onde eles fazem as refeições.

Em uma das visitas, Hortênsia mostrou-se preocupada com o estado de sua casa. Com o piso, de cimento, estando estragado, teme pela saúde de seus filhos, principalmente da recém-nascida quando começar a engatinhar.

Hortênsia contou-me que conheceu seu atual companheiro quando trabalhava em uma construção; era ainda sua amiga quando ele conseguiu um trabalho como caseiro, em um sítio, no interior, e convidou-a para que fossem trabalhar juntos, pois os donos do sítio queriam um casal. Então, eles foram e lá começaram a namorar, após seis meses de trabalho retornaram a Fortaleza ao confirmarem a gestação de Hortênsia.

A gravidez não foi planejada, porém o casal ficou contente, principalmente seu companheiro, ao saber que nasceria uma menina. Como o filho de Hortênsia mora com eles, concluíram que, formando um casal de crianças, não haveria desunião tanto quanto dois meninos.

No momento, encontra-se desempregada. Trabalhou até o quinto mês de gestação, como zeladora, em uma escolinha próxima a sua residência, todavia, à medida que a gestação evoluía, iniciaram-se os desconfortos pélvicos, tendo então, optado por ficar em casa, dedicando-se aos afazeres domésticos. Seu companheiro trabalha como pedreiro em uma construção próxima a sua casa.

Descrição do trabalho de parto e parto de Hortênsia

Hortênsia chegou à maternidade em uma manhã de domingo, acompanhada de sua cunhada. Seu companheiro encontrava-se no trabalho. Foi examinada por um dos médicos plantonistas que optou pela internação após a realização do toque vaginal e constatar que se encontrava com sete centímetros de dilatação e com a bolsa das águas rota. Após a rotina de internação, foi encaminhada ao Centro Obstétrico, em cadeira de rodas.

Chegando ao Centro Obstétrico, uma auxiliar de Enfermagem encaminhou Hortênsia ao seu leito, posicionando-a em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados. Hortênsia encontrava-se preocupada. Entre as contrações, perguntava às auxiliares de Enfermagem e às estudantes do curso de auxiliar de Enfermagem se ela poderia estar gestante de dois bebês ou se ela estaria com “um caroço”; as estudantes tentaram explicar, porém sem muito êxito.

À medida que o trabalho de parto evoluía, as auxiliares de Enfermagem colocaram um arco no leito, que tem como finalidade dar apoio à parturiente, para segurar na hora do parto, contudo solicitou que elevasse a cabeceira do leito porque estava desconfortável, e foi atendida.

No momento do parto, começou a dizer em voz alta que o bebê estava nascendo, então a residente de Medicina realizou o toque vaginal, constatando que Hortênsia se encontrava com a dilatação do colo para 10 centímetros, ou seja,

completa. Com isso solicitou que a auxiliar de Enfermagem preparasse o material de parto e começou a se preparar calçando as luvas estéreis. Fez assepsia perineal, colocou os campos estéreis, e procedeu à anestesia para a episiotomia.

Entretanto, como os esforços que Hortênsia estava fazendo não tinham a intensidade suficiente para a expulsão do bebê, a residente de Medicina solicitou à auxiliar de Enfermagem que fizesse a manobra de Cristeller. Então, após trinta minutos de período expulsivo, o bebê nasceu. Contudo, apesar de o bebê ter recebido com nota oito de APGAR, a médica pediu que o levassem para receber os cuidados mediatos no Setor de Neonatologia. A auxiliar de Enfermagem, após colocar a pulseira de identificação na mãe e no bebê, atendeu a solicitação da residente para manobra da episiorrafia.

Enquanto Hortênsia aguardava o delivramento da placenta, continuava com uma expressão facial pensativa. No entanto, após vinte minutos do parto, a placenta delivrou espontaneamente. As auxiliares e as estudantes do curso de auxiliar de Enfermagem realizaram a higiene de Hortênsia e em seguida prepararam o material para episiorrafia e chamaram a residente de medicina.

Terminando os procedimentos relativos a assistência ao parto, foi encaminhada ao Alojamento Conjunto com seu bebê. Hortênsia chorava, dizendo sentir cólicas uterinas, entretanto não aceitou a medicação injetável para dor.

ORQUIDEA - 23 anos, católica, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental I; mãe de três filhos: uma menina de dois anos e seis meses, que mora com sua ex-sogra, um menino de um ano e seis meses residindo com sua mãe, e o recém nascido.

No momento encontra-se trabalhando como doméstica. Em uma das visitas, relatou que sua gravidez não foi planejada e contou-me como conheceu o pai do bebê. Ele é irmão de sua patroa e, como estava se separando de sua esposa, ia visitar sua irmã e contar como a separação estava se desenrolando. Nestas visitas, enquanto esperava a sua irmã chegar do trabalho, ele e Orquídea ficavam conversando, até que um dia ele a convidou para saírem. Então Orquídea aceitou, e deste convite, resultou sua gestação.

Após ter conhecimento de sua gravidez, não contou imediatamente ao rapaz, pois à medida que o tempo passava, os laços de amizade diminuía, e, desta forma, ela só criou coragem para contar quando se encontrava no sexto mês de gestação.

A casa em que mora e trabalha tem cinco cômodos e um banheiro, e compõe um bloco de apartamentos no primeiro andar. No andar térreo, fica uma fábrica de móveis. Reside com outras cinco pessoas, sua patroa com sua filha, uma menina de quatro anos, a irmã de sua patroa com seu esposo e seu filho.

Ao chegar para nossas conversas, eu era encaminhada ao quarto de Orquídea por sua patroa, que se encontrava sempre assistindo à televisão, a fim de que pudéssemos conversar mais tranquilas enquanto Orquídea cuidava de seu bebê.

Orquídea deseja realizar laqueadura tubária e está decepcionada com o pai da criança que não a ajuda em seu sustento; relata que após o nascimento o bebê já apresentou dois problemas de saúde: manchas vermelhas ao longo do corpo que Orquídea associou ao uso de um sabão líquido e uma pneumonia em que necessitou realizar aerosolterapia duas vezes ao dia, tendo que pagar pelas aplicações, agravando deste modo sua situação financeira.

Descrição do comportamento de Orquídea no trabalho de parto e parto

Orquídea chegou ao Setor de Internação da maternidade em uma manhã de terça-feira, acompanhada por uma amiga. Demonstrava por meio de expressão facial sentir fortes dores. Sua amiga preencheu os formulários necessários para a internação, enquanto Orquídea se dirigiu ao box a fim de que fosse avaliado o seu trabalho de parto. O médico plantonista detectou cinco centímetros de dilatação e bolsa das águas íntegra. Após o exame, realizou-se a rotina de internamento. Ao término desse procedimento, uma auxiliar de Enfermagem acompanhou Orquídea, deambulando, ao Centro Obstétrico.

Chegando ao Centro Obstétrico foi recepcionada pela enfermeira do serviço que a encaminhou ao banho. Após terminar de vestir-se, a enfermeira mostrou seu leito. Nesse momento, uma professora do curso de Enfermagem com suas estudantes ficaram orientando e avaliando o trabalho de parto de Orquídea, que se mostrava inquieta, solicitando novamente ir ao banheiro. Uma das

estudantes da professora de Enfermagem procurou atender a solicitação de Orquídea, no entanto, ao dirigir-se ao banheiro, referiu estar com dificuldade de caminhar. A estudante de Enfermagem com receio de que Orquídea parisse no banheiro, resolveu retorná-la ao leito e comunicou a sua professora, que resolveu examiná-la. Após o exame observou que Orquídea se encontrava com sete centímetros de dilatação. A professora comunicou ao residente da Medicina e este decidiu fazer amniotomia.

Duas horas após o procedimento da amniotomia iniciaram-se os reflexos de puxos. Orquídea começou os esforços expulsivos. Então a estudante de Enfermagem me chamou, eu me aproximei do leito de Orquídea que segurou uma de minhas mãos com sua mão direita e com sua mão esquerda segurava a mão de uma das amigas das gestantes, parceiras aposentadas e que, no momento, realizam esse trabalho, que é de dar apoio à mulher durante o seu trabalho de parto.

A professora e a acadêmica de Enfermagem se prepararam para o parto, calçaram as luvas estéreis, fizeram assepsia do períneo, dispuseram os campos estéreis, fizeram anestesia local e a episiotomia. Enquanto isso, Orquídea, segurando nossas mãos, continuava respondendo ativamente aos movimentos involuntários dos puxos, “fazendo força”, até o momento do bebê nascer.

Após o nascimento, a estudante de Enfermagem aqueceu o bebê, clampeou o cordão umbilical e colocou-o nos braços de sua mãe para mamar, enquanto aguardava o delivramento da placenta, que ocorreu de forma espontânea.

O bebê foi levado, após o delivramento da placenta, por uma das estudantes de Enfermagem, ao Setor de Neonatologia para os cuidados mediatos. Enquanto isso acontecia, as auxiliares de Enfermagem realizavam a higiene de Orquídea e preparavam o material para episiorrafia, que foi realizada pela professora de enfermagem e sua estudante.

CAMÉLIA - 25 anos, concluiu o Ensino Fundamental II. Mãe de dois filhos, um menino de quatro anos e o recém nascido. Relata que sua gravidez não foi planejada. Casada há quatro anos. Quando começou a não se harmonizar com o

seu esposo resolveram separar-se, contudo, antes dessa decisão, foram realizadas varias tentativas de reconciliação, e que em uma dessas tentativas eles esqueceram de usar camisinha e a gravidez aconteceu.

O casal morava com os avós de seu esposo. Após a separação Camélia retornou à casa de seus pais. O pai de Camélia é um senhor aposentado e sua mãe lava roupa para outras pessoas além de sua família.

Camélia e seu ex-esposo encontram-se desempregados. Ela trabalhava em uma academia de ginástica até o quinto mês de gestação, quando foi dispensada. Refere que no momento colabora no sustento da casa auxiliando sua mãe na atividade de conserto de redes. Camélia confia em que após o desmame do seu bebê, ele podendo ficar com sua mãe, ela começará a procurar emprego.

A casa de seus pais é de tijolo, rebocada e pintada. O piso é de cimento e o prédio tem três compartimentos, 01(um) banheiro e quintal. A rua é estreita, quase não permitindo a passagem de automóveis. As nossas conversas aconteciam na sala, onde havia duas cadeiras de material plástico, um banco de madeira e uma rede armada.

Seu filho e seu sobrinho ficavam brincando e, ao mesmo tempo, procuravam de alguma maneira participar das conversas, mostrando seus carrinhos, fazendo travessuras para me chamar à atenção, contudo não eram somente as crianças que gostavam das visitas, lembro-me de que o seu pai, em uma das tardes de visita, sentou-se à rede e ficou relatando sua vida e sua mudança do interior para Fortaleza.

Descrição do comportamento de Camélia na sala de parto

Camélia chegou ao Setor de Internação acompanhada de sua cunhada e de seu sobrinho. A auxiliar de Enfermagem, que estava responsável pela triagem das clientes, encaminhou Camélia ao interior do setor, mostrou o local em que ela poderia colocar a vestimenta hospitalar e o box para onde deveria se encaminhar para ser avaliada.

Camélia encontrava-se quieta, respondendo restritamente aos estímulos verbais. O médico plantonista, ao realizar o exame, constatou que estava com cinco

centímetros de dilatação e bolsa das águas íntegra. Ele comunicou à enfermeira de serviço para admissão da cliente. Após o protocolo de internação, uma auxiliar de Enfermagem acompanhou Camélia, deambulando, ao Centro Obstétrico.

Ao chegar ao Centro Obstétrico, foi recepcionada pela enfermeira de plantão que solicitou a uma auxiliar de Enfermagem que a orientasse na rotina do setor. Camélia, após o banho de aspersão, vestiu-se e encaminhou-se ao seu leito, no qual ficou sentada por várias horas. Em sua expressão facial, não se observava dor e ela mantinha um olhar distante e alheio aos acontecimentos do setor.

Com a troca de plantão, foram trocados os membros das equipes de funcionários e, com isso, um acadêmico de Medicina aproximou-se de seu leito, solicitando que deitasse porque iria realizar a avaliação de seu trabalho de parto. Após este procedimento, comunicou ao médico plantonista que Camélia estava com dilatação do colo completa e que realizaria amniotomia.

Minutos após a amniotomia, Camélia começou a fazer ruídos, como gemidos, e fazer força. Uma auxiliar de Enfermagem foi chamar o médico plantonista que solicitou ao acadêmico de Medicina que se preparasse para o parto.

Enquanto o interno calçava as luvas estéreis, uma auxiliar de Enfermagem orientava Camélia a fazer força durante as contrações e outra colega preparava o material do parto. Entretanto, como o parto estava demorando, o médico plantonista prescreveu ocitócito endovenoso, que foi imediatamente realizado.

Logo após o procedimento de instalação do ocitócito o bebê nasceu. O acadêmico que estava fazendo o parto clampeou o cordão e o entregou para sua mãe que ficou examinando as mãos, os pés, e por último o corpo do bebê.

A auxiliar de Enfermagem do Setor de Neonatologia aproximou-se de Camélia, perguntando-lhe se poderia levar o bebê para realizar os cuidados mediatos. Ao passo que outra auxiliar de Enfermagem preparava-se para ajudar no delivramento da placenta.

Após o delivramento, a auxiliar de Enfermagem chamou o médico plantonista que examinou a região vulvar de Camélia e constatou não necessitar de

sutura. Com isso, a auxiliar de Enfermagem realizou higiene de Camélia, ofereceu alimentação, colocou-a na cadeira de transporte; entregou-lhe seu bebê, a qual o recebeu sorrindo, e a encaminhou ao Alojamento Conjunto.

AZALÉIA - 23 anos, cursou até a 3ª série do Ensino Jovem Adulto (EJA) e é adepta do mormonismo. Mãe de três filhos, uma menina de seis anos, uma menina de um ano e dez meses e um menino recém nascido, viviam, ela e seu companheiro, em união consensual há oito anos, casando-se após o nascimento do menino.

Seu marido trabalha em transportadora, fazendo serviços gerais. Ela é costureira, entretanto, no momento, encontra-se desempregada. Moram com os sogros, uma senhora cinqüenta e quatro anos, portadora de *Diabetes mellitus*, que se encontra aposentada, e um senhor cinqüenta anos, que trabalha como ajudante de uma transportadora.

A casa de seus sogros tem quatro compartimentos, um banheiro e um quintal onde seu cunhado, um dos filhos de sua sogra, fez uma casa e mora com sua esposa que, recentemente, também teve um bebê. O sonho de Azaléia é voltar a trabalhar e comprar uma casa. Relata que, apesar de harmonizar-se com seus sogros, acredita em um antigo ditado que diz: "Quem casa quer casa".

A sogra de Azaléia deseja que ela coloque o DIU, pois tem receio de que Azaléia engravide novamente. Diz que a situação financeira está muito difícil, que tem outros filhos e outros netos que também necessitam de sua ajuda. No seu entendimento, Azaléia já deveria estar procurando um posto de saúde que oferecesse este serviço, e que não deveria fazer uso de comprimido por acreditar que Azaléia engravidou esquecendo-se de tomá-los.

Descrição do comportamento de Azaléia no trabalho de parto e parto

Azaléia chegou ao Setor de Internação da maternidade acompanhada de sua mãe e de seu companheiro. A enfermeira do setor, que se encontrava

realizando a triagem das clientes, ao perceber a expressão facial e corporal de dor em Azaléia, a encaminhou ao box para que fosse avaliada, enquanto seu companheiro ficou preenchendo os dados de identificação.

Após o exame obstétrico, no qual foi constatado que se encontrava com seis centímetros de dilatação e bolsa das águas íntegra, foi admitida e encaminhada ao Centro Obstétrico.

O Centro Obstétrico, nesse dia, estava com os leitos destinados ao parto normal ocupados. A enfermeira do setor solicitou que a auxiliar de Enfermagem colocasse Azaléia em um dos leitos destinados às clientes portadoras de Doença hipertensiva específica da gestação.

Azaléia, ao deitar-se, ficou em decúbito dorsal com as pernas flexionadas, os joelhos separados e as mãos segurando a cabeceira do leito; pela sua expressão corporal, facial e verbal se observava uma grande ansiedade, pois ela chorava, gritava, dizendo: “Me ajude, não agüento mais!”.

Passados alguns minutos de sua admissão ao Centro Obstétrico, um leito para parto normal foi desocupado. Uma auxiliar de Enfermagem o preparou para Azaléia, que logo após a troca de leitos foi avaliada pelo residente de Medicina que constatou estar, naquele momento, com a dilatação do colo uterino completa, decidindo então fazer amniotomia.

Após esse procedimento, a residente solicitou ao acadêmico de Medicina que se preparasse para o parto, que uma auxiliar de enfermagem preparasse o material e que Azaléia “parasse de gritar e que fizesse força durante às contrações”, porém Azaléia respondia “que não podia, que não tinha mais força, estava se sentindo fraca”.

Repentinamente, durante a preparação do acadêmico para a realização do parto, Azaléia falou em voz alta: “o menino está me rasgando” e o bebê nasceu. O acadêmico que realizou o parto enxugou o bebê, clampeou o cordão umbilical, colocou o bebê nos braços de sua mãe para mamar. Ela o recebeu sem demonstrar entusiasmo, dando um pequeno sorriso. Então, a auxiliar de Enfermagem do setor

da Neonatologia perguntou se poderia levar o bebê. Azaléia respondeu que sim, referindo estar cansada e com cólicas uterinas.

Após a auxiliar de Enfermagem levar o bebê para realizar os cuidados mediatos, o acadêmico de Medicina, com o intuito de auxiliar no delivramento da placenta, procedeu a uma manobra denominada Tração dirigida do cordão, e com isso a placenta despreendeu-se completamente. Logo a seguir, Azaléia foi higienizada por uma auxiliar de Enfermagem, que observou a necessidade de realizarem sutura perineal.

No momento da sutura, Azaléia referia dores no local e solicitou que uma auxiliar de Enfermagem segurasse em sua mão, contudo não foi atendida em seu pedido; a auxiliar de Enfermagem respondeu que o Centro Obstétrico estava com seus leitos todos ocupados e naquele momento ela não teria tempo de ficar ao seu lado. Então, me aproximei de Azaléia e segurei a sua mão.

Terminando a sutura, uma auxiliar de Enfermagem ofereceu alimentação a Azaléia, colocou-a na cadeira de transporte, pôs seu bebê em seus braços. Azaléia pegou o bebê, olhou, abraçou e lhe deu vários beijos.

VIOLETA - 26 anos, tem a 2ª série do Ensino Médio, é católica, vendedora, entretanto no momento não está trabalhando. Mãe de dois filhos, um menino de dois anos e a recém-nascida. Mantém uma união consensual há três anos.

Sua casa é de dois andares. No andar térreo, fica uma mercearia, local de trabalho de seu companheiro, e no andar superior fica a sua casa e a de sua sogra. As casas são interligadas, existindo uma só cozinha, um só banheiro e uma só escada para as duas, portanto só se entra na casa de Violeta passando por dentro casa de sua sogra.

Esta situação de habitar tão próximo da família de seu esposo não agrada Violeta, que refere não se harmonizar com a sogra e com uma das cunhadas, sendo isto motivo de constantes discussões entre o casal, o que contribuiu para sua separação antes de Violeta ter conhecimento da gestação.

A gravidez não foi planejada e foi muito conturbada, por encontra-se separada, seu companheiro pediu que Violeta abortasse, entretanto ela é contra o aborto e optou em continuar com a gravidez, mesmo que esta decisão lhe custasse muitas noites de sono. Após o nascimento da criança Violeta retornou a co-habitar com seu companheiro.

Descrição do comportamento de Violeta durante o pré – parto e parto

Violeta ao chegar a maternidade com seu companheiro, aproximou-se sentando a minha direita. O Setor de Internação neste dia estava tranquilo, não precisando que os funcionários de Enfermagem realizassem triagem. Então, Violeta foi a primeira cliente a ser atendida. Após o preenchimento dos seus dados de identificação por seu companheiro, uma auxiliar de Enfermagem recebeu sua ficha das mãos do porteiro e orientou que Violeta colocasse a vestimenta hospitalar e se dirigisse ao box a fim de que o médico plantonista pudesse fazer a sua avaliação obstétrica. Ao exame, se constatou seis centímetros de dilatação do colo uterino e bolsa das águas íntegra, decidindo-se pela internação. Duas estudantes de um curso de auxiliar de Enfermagem e uma auxiliar de Enfermagem fizeram o transporte, em maca, de Violeta ao Centro Obstétrico.

Ao chegar ao Centro Obstétrico foi recepcionada pela enfermeira do setor que solicitou as auxiliares de Enfermagem que estavam transportando Violeta a colocassem em seu leito. Após acomodar-se em seu leito Violeta chamou a enfermeira e perguntou quando seria examinada novamente, então a enfermeira explicou a rotina do Centro Obstétrico, quando a enfermeira terminou as orientações Violeta posicionou-se em decúbito lateral esquerdo e não verbalizou mais nenhuma palavra.

Na hora prevista para acontecer a avaliação do seu trabalho de parto, uma acadêmica de Medicina aproximou-se do leito de Violeta e solicitou que ela ficasse em posição ginecológica para ser examinada, e constatou que se encontrava com nove centímetros de dilatação, então o residente de Medicina que também se encontrava acompanhando a avaliação decidiu fazer amniotomia.

Minutos após o procedimento da aminiotomia, a acadêmica de Medicina aproximou-se novamente de Violeta para examiná-la. Nesse momento, observou que a cada contração seu períneo abaulava, e logo decidiu se preparar para o parto e solicitou que uma auxiliar de Enfermagem preparasse o material de parto. Enquanto isso, Violeta, calmamente, expressava frases do tipo: “Nasce bebê, ajude a mamãe”. “Estou fraca, não agüento mais”. Contudo, mesmo dizendo-se “fraca”, as contrações do puxo eram intensas e o período expulsivo ocorreu rapidamente, não havendo tempo para se fazer a episiotomia.

Após o nascimento do bebê, a acadêmica que realizou o parto enxugou o bebê, clampeou o cordão e o entregou para sua mãe. Violeta, neste momento, sorria, desenrolava o bebê, cheirava suas mãozinhas e tentou colocá-lo ao seio para mamar.

Decorridos alguns minutos do parto, Violeta começou a expressar sentimento de preocupação porque sua placenta não tinha delivrado. Chamou uma auxiliar de Enfermagem que se preparou para auxiliar no delivramento, saindo a placenta completamente. Logo a seguir, a auxiliar chamou a acadêmica que fez o parto para examinar se iria precisar de sutura. Foi constatada a necessidade. Então preparou Violeta e o material para sutura.

Quando terminou os procedimentos relativos ao parto, Violeta pronunciou a frase “Muita obrigado, meu Deus”. Uma auxiliar de Enfermagem ofereceu alimentação, a colocou na cadeira de transporte, entregou-lhe seu bebê e, com auxílio de uma estudante de um curso de auxiliar de Enfermagem transportaram Violeta e seu bebê até o Alojamento Conjunto.

DÁLIA - 24 anos, católica, concluiu o Ensino Médio, trabalha como auxiliar de administração, na secretaria de uma escola. É mãe de dois filhos, uma menina de um ano e nove meses e o recém-nascido; mantêm uma união consensual há dois anos.

Dália e seu companheiro moram em uma casa, alugada, conjugada, de vila, com quatro compartimentos, um banheiro e um quintal. Nas primeiras visitas,

nossas conversas aconteciam no seu quintal, depois passaram a ocorrer na casa de seus pais, pois a casa de Dália, por ser localizada ao poente, é muito quente.

Os pais de Dália residem em uma casa de dois andares, no andar térreo. A varanda, que é o primeiro compartimento, seu pai transformou em uma oficina de carros. Ele é motorista da Universidade Federal do Ceará e nas horas vagas auxilia o companheiro de Dália na oficina.

A mãe de Dália teve quatro filhos, três mulheres e um homem, todos casados. Sempre que chegava para nossas conversas, uma de suas irmãs, a única que não teve filhos, estava cuidando dos filhos de Dália.

Dália refere que a primeira vez que ouviu falar sobre parto e gestação foi nas rodas de conversa com suas amigas, em que as amigas que já tinham filhos falavam de suas experiências. Conta que o primeiro parto foi difícil: por desconhecimento, gritou, esperneou, fingiu que estava passando mal, fez de tudo para ser submetida à cesariana. Neste segundo parto, foi diferente, deixou para ir à maternidade quando sentiu que estava bem próximo do bebê nascer.

Dália relata a dificuldade de se conseguir uma consulta de pré-natal e que por essa dificuldade e como não sentia nada na gravidez, só realizou uma consulta de pré-natal.

Comportamento de Dália no trabalho de parto e parto

Acompanhada de seu pai e sua irmã Dália chegou ao Setor de Internação da maternidade, com uma expressão facial de tranquilidade, ao contrário de sua irmã. Uma auxiliar de Enfermagem, ao escutar as expressões de preocupação de sua irmã, procurou acalmá-la, pedindo que ficasse preenchendo os dados de identificação que ela levaria Dália para ser avaliada.

Então, Dália foi examinada pelo médico plantonista, que constatou dilatação do colo cervical de oito centímetros e bolsa das águas rota; com este diagnóstico, foi admitida. A auxiliar de Enfermagem que estava atendendo Dália

comunicou o resultado do exame a sua irmã, e em seguida fez o transporte de Dália até o Centro Obstétrico, de maca.

Chegando ao Centro Obstétrico, foi transportada até o seu leito, que ficava próximo de uma parturiente, do primeiro filho, que gritava e chorava. Dália, após acomodar-se em seu leito, iniciou, entre as suas contrações, uma conversa com essa parturiente, aconselhando-a dizendo: “Não grite, faça força quando a dor vier, assim a criança nasce e logo depois que ele nasce tudo passa”. As auxiliares de Enfermagem também tentavam acalmar essa parturiente, conversando com ela.

Comecei a observar que, a cada contração, a expressão de dor em Dália tornava-se mais forte, contudo não gritava; só na hora do parto gritou que a criança estava nascendo, e todos os funcionários que estavam no Centro Obstétrico correram para atendê-la; o interno de Medicina calçou as luvas estéreis, a auxiliar de Enfermagem rapidamente preparou o material de parto, mas mesmo assim o bebê nasceu com uma máscara equimótica por ter demorado a ser expulso.

O interno que estava fazendo o parto clampeou o cordão, mostrou o bebê para sua mãe e solicitou que a auxiliar de Enfermagem logo levasse o bebê para o Setor de Neonatologia para ser avaliado, e prestado os primeiros cuidados. Enquanto isso, o interno se preparava para ajudar no delivramento da placenta que se despreendeu completamente.

Dália foi então higienizada, por uma auxiliar de Enfermagem, que também lhe ofereceu alimentação, foi buscar seu bebê no Setor de Neonatologia, colocando-o nos braços de sua mãe, e, em seguida, fez o transporte de ambos em cadeira de rodas, para o Alojamento Conjunto.

4.2 Apresentando os fatores que interferem no trabalho de parto e parto

Em busca da compreensão dos fatores que interferem no comportamento da mulher em trabalho de parto e parto, por meio da descrição e documentação das falas das informantes, foram realizadas repetidas leituras. Em seguida, os dados foram agrupados, de acordo com as similaridades, em cinco grandes áreas temáticas que, depois de analisadas minuciosamente e guiadas pelos conceitos

segundo Leininger (1991), de sociedade, contexto ambiental, visão de mundo, das dimensões culturais e de estrutura social, foram subdivididas em categorias ficando deste modo organizadas:

Temática I: Visão do parto

Categorias: Por ter vivenciado uma gestação

A família, os amigos, a escola e o pré-natal influenciando o
o processo gravídico

Os meios de comunicação

Temática II: A presença do medo no processo gestacional e parturitivo

Categorias: As informações dos amigos

A dinâmica da instituição

Temática III: Vivenciando a gravidez

Categorias: Os fatores sociais e metabólicos como determinantes do
comportamento da gestante

A não participação do companheiro na gravidez

Gravidez não planejada

Temática IV: Religiosidade

Categoria: A influência das crenças e religiosidades no parto

Temática V: Acompanhamento institucional

Categorias: O pré-natal

O parto na maternidade

Com a intenção de fundamentar os achados do estudo, procurei compreender os significados contextuais e culturais, relacionando-os com o comportamento das informantes, utilizando os fatores influenciadores contidos no Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, que são: os tecnológicos, os religiosos e os filosóficos, os de companheirismo e os sociais, o valor cultural e os modos de vida, os legais e políticos, os econômicos e educacionais.

Porém, quero ressaltar que, dada a dinâmica da vida real, estes fatores encontram-se em permanente intercâmbio e intimamente ligados, visto que, segundo Leininger (1991), eles não são fragmentados ou isolados.

Temática I: Visão do parto

Nessa temática, contextualizo a visão que a mulher tem do parto e esta visão é adquirida por meio de suas vivências, com sua família, nas conversas com os amigos e informações dos meios de comunicação as quais podem interferir no comportamento das parturientes do estudo.

Categoria: Por ter vivenciado uma gestação

Em nossas conversas, compreendi a importância que as informantes dão ao conhecimento adquirido por meio de sua vivência, quando falavam da forma como se comportaram no seu trabalho de parto e parto, e procuravam relacioná-lo com os anteriores, relatando como foi importante já terem, anteriormente, vivenciado este processo, e de como a experiência determinou o seu comportamento no processo de parturição durante o desenvolvimento deste estudo.

Agora nesse parto eu já sabia como eram as coisas por causa da Rosa (Hortênsia).

O primeiro menino eu não tinha experiência demorou muito para nascer, porém desse eu já sabia como colocar força (Violeta).

O parto da menina (1º parto) demorou porque eu tava muito nervosa. Dele não, eu cheguei fiquei conversando com uma mãe do 1º filho e quando vinha dor eu colocava força (Dália).

O da primeira menina eu não sabia como era, eu sentia dor e achava que já ia ter eu não sabia o que eu ainda tinha pra frente (Azaléia).

Desta forma, comungo com Simões (1998) na idéia de que a mulher, ante sua experiência, é o único ser que pode atribuir significado a sua vivência. Isto acontece quando ela memoriza e valoriza as experiências, lembrando seu processo parturitivo, percebendo que a vivência não foi tão terrível como parecia e surpreendendo-se diante de cada parto, compreendendo que uma experiência de parto não pode ser igual a outra, porém as experiências auxiliarão no entendimento das vivências futuras.

Logo, a pessoa que assiste a mulher no momento do trabalho de parto e parto deve estar atenta às experiências que ela traz consigo, de forma que possa usá-la em benefício da própria mulher. Às vezes, os profissionais querem impor-lhe um comportamento que não se adapta ao seu saber, fazendo assim que a mulher evolua para um mau trabalho de parto com uma reação psicológica pobre. De acordo com Langer (1986), um mau trabalho de parto é quando este não evolui normalmente e uma reação psicológica pobre é quando a atitude da mulher constitui uma dificuldade para aqueles que a assistem.

No entanto, caso a mulher consiga reduzir sua tensão emocional, sua ansiedade e utilizar bem as contrações uterinas, vivenciará o parto de uma forma satisfatória. Skinner (1986) considera que, se uma pessoa tiver uma boa experiência em qualquer uma de suas ações, ela tenderá a repeti-la, portanto, os profissionais que atendem a mulher devem fazer do parto um momento favorável, a fim de que nos partos seguintes a mulher se utilize do conteúdo vivido de forma positiva.

Leininger (1991) ao estudar o cuidado cultural dos Gadsup Akuna, da Nova Guiné, em 1960, observou que eles valorizam as experiências dos anciãos, tanto para decidir na escolha de um novo líder como na tomada de decisões que têm como objetivo manter a unidade da comunidade. As sugestões dos anciãos eram acatadas, pois os nativos acreditavam que se tivessem um bom comportamento, como o do ancião da aldeia, eles não sofreriam nenhum perigo. Eles não tinham o ensino formal e sim o ensino oral: os mais idosos transmitiam o conhecimento, com base nas suas experiências, para as gerações futuras. Como diz Morin (2001), é no encontro com o seu passado que o grupo humano encontra energia para enfrentar o seu presente e preparar o seu futuro.

Freire (1993) faz uma alerta, ao dizer que se deve respeitar a leitura do mundo do outro, reconhecer a historicidade de seu saber, pois, se acredito que o meu pensamento é o único correto, não escuto quem pensa e elabora um discurso diferente do meu; recusar a arrogância científica e aceitar as diferenças é uma virtude própria de quem assume uma posição verdadeiramente científica.

Portanto, os profissionais devem escutar, respeitar e utilizar o saber do outro, a vivência do outro, pois, como diz Morin (2001), o saber científico não dá

conta de todos os saberes, é preciso respeitar o saber intrínseco de cada um, como também o saber cultural.

Relata Freire (1993) que o corpo consciente de agora veio se tornando capaz de compreender e de interagir no mundo. Complementando este pensamento Fernandes e Vaz (1999) dizem que à medida que o homem vai se tornando consciente, vivenciando outras experiências, ele tem condições de intervir na realidade. Concluindo o pensamento, Silveira e Lunard (1999) referem que o conhecimento de si leva o sujeito a buscar novas formas de atuar e de transformar o mundo.

Categoria: A família, os amigos, a escola e o pré-natal influenciando o processo gravídico

A família constitui uma das primeiras fontes de informação. Cada mulher, provavelmente, forma suas idéias sobre a gravidez e o parto a partir de uma mistura do que encontra nas leituras, nas conversas com outras mães e com os profissionais preocupados com o seu cuidado.

A minha mãe tem razão, todo parto é diferente. Foi minha mãe quem primeiro falou sobre o parto, quando na escola falou ela já tinha falado (Hortênsia).

A tia da Rosa também me explicou muito ela tinha preocupação, ela me dizia tudo como ia ser (Hortênsia).

Meu irmão dizia Orquídea vamos ler o livro, vamos embora pra tu vê como é ter um filho. Ai ele ia ler comigo (Orquídea).

Quando eu morava com minha mãe ela já dizia mas eu fui saber mais coisa no pré-natal (Azaléia).

Muitos dos comportamentos diante da gravidez e do parto são copiados da própria mãe, de uma irmã mais velha ou de algum outro modelo, como relatam Macy e Falkner (1981). Sempre que surge uma dúvida na gravidez, a mãe é a primeira pessoa a quem se pede ajuda. Embora as práticas obstétricas tenham sido modificadas, a mãe ainda é sua melhor fonte de apoio.

Para Patrício *et al* (1997), quando a mulher se encontra adolescente, é a família quem supre suas necessidades vitais e transmite-lhe o padrão cultural que deve ser seguido, preparando-a para a vida adulta. Mas é também a família um dos primeiros obstáculos que a mulher jovem precisa vencer para conquistar sua independência pessoal e emocional, pois é nesta fase que o desejo sexual é muito forte, não sendo rara a ocorrência de gravidez, o que foi inferido neste estudo, haja visto que todas as informantes engravidaram pela primeira vez quando eram adolescentes.

Leininger (1991) relata que na comunidade de Gadsup os parentes mais velhos eram envolvidos no cuidado e na transmissão do comportamento e dos valores culturais aos jovens. Ela observou também que, apesar de as pessoas serem livres na sua tomada de decisão, elas são influenciadas por seus valores culturais, sua fé, sua família e pelo círculo de amizades.

Nesse sentido Biasoli-Alves (1999) enfatizam que, família é uma idéia, uma noção subjetiva mas, ao mesmo tempo, é um tema sobre o qual vêm se debruçando antropólogos, sociólogos, historiadores, psicólogos e educadores entre outros, permitindo e exigindo que se busque compreender as diversas formas como é definida, bem como as funções que lhe são atribuídas.

A estrutura familiar, de acordo com Arpini e Quintana (1999), não pode ser entendida dentro de único modelo, e sim entre várias formas de organização familiar. Mioto (1999), em relação à composição da família, destaca o predomínio das nucleares, porém um aumento das famílias monoparentais, com um número maior de mulheres como chefes, como também assinala o crescimento das famílias recompostas, decorrente do número de separações e divórcios.

Conforme Biasoli-Alves (1999) e Mioto (1999), cabe à família ser uma instituição social destinada ao cuidado e à socialização da criança, definida a partir de limites espaciais e relacionais precisos e cujos componentes são ligados por vínculos afetivos peculiares. Também é ela que mantém gerações diferentes numa convivência diuturna, onde se dão trocas afetivas intensas, portanto, faz parte da competência e habilidade da família produzir, organizar, dar forma e significado às relações entre seus membros.

As informantes também procuram conversar alguns problemas com as companheiras de sua idade. Macy e Falkner (1981) consideram que as gestantes, em algumas ocasiões, precisam deixar sua mãe na condição de mãe, por estas imporem inquietações e conselhos às filhas de forma exagerada.

As amigas servem como modelo, especialmente em assuntos como vestimentas apropriadas, até que ponto se pode esforçar no trabalho doméstico, o que fazer na hora do parto; o impulso de descobrir coisas pode ser intenso.

No 1º menino eu já sabia como era, eu ficava na calçada com uma amigas que já tinham tido filho e outras que estavam barrigudas. As que já tinham tido filho ficavam contando para a gente como era, como não era, o que a gente tinha que fazer (Orquídea).

Quem primeiro falou sobre o parto foram as minhas colegas, a gente ficava ai pelos cantos conversando (Dália).

As minhas colegas, às vezes, a gente senta e conversa. Eu tenho uma colega que teve um menino pélvico ela não sabe o que é ter um menino normal (Camélia).

A intensidade na busca de informação costuma refletir-se numa abrupta alteração no círculo de amigas e conhecidas da informante. Subitamente ela começa a dar atenção às que estão ou recentemente tenham estado grávidas. Toda oportunidade pode ser aproveitada para extrair informações de amizades recentes, mesmo nas menores conversações.

Considera Simões (1998) que a mulher, por deter o saber sobre o cuidado, que é aprendido no convívio com outras mulheres, executa-o durante sua vida e transmite este conhecimento também a novas mulheres, especialmente às filhas e às netas. Os ensinamentos das crenças, dos valores, do modo de vida são passados através das gerações, no convívio com a família, ampliando-se com as mulheres da rede social, os meios de comunicação e os profissionais de saúde.

A escola pode ser considerada um meio importante de socialização, pois o conhecimento formal é importante para a vida moderna. A escola, na visão de Damasceno e col. (1993) e Noe (2003) converte-se no principal dispositivo de

mudança do indivíduo para que ele possa enfrentar as exigências e necessidades da sociedade, estabelecendo os comportamentos que serão vantajosos para o indivíduo em um determinado tempo futuro. Ao preparar o indivíduo para as situações que ainda não surgiram, os educadores os situam sob estímulos que provavelmente ocorrerão nessas situações.

No colégio eles orientavam assim, tinha gente que dizia que o menino nascia pela barriga, eles orientavam o parto normal, o parto cesariano, como prevenir a gravidez (Violeta).

Na escola quando eu estudava falavam de parto, mas já faz muito tempo, era um pessoal da universidade que falava de camisinha, política, dessas coisas (Camélia).

Na escola eu não ouvi falar, não (Orquídea).

Na escola eu nunca soube sobre isso, o parto (Tulipa).

Todavia, verifiquei, em conformidade com Muraro (1983) e de acordo com as falas das informantes, que algumas escolas não estão cumprindo com os objetivos educacionais, ou seja, o grau de informação que a mulher deveria ter sobre o controle do seu corpo não é suficiente, conhecimento este que poderia ajudá-la na hora do trabalho de parto e parto.

O nível educacional de uma mulher parece ser um fator importante, consoante muitos estudos realizados em diferentes países, como o de Hosmer (2003) e Macy e Falkner (1981), ao constatarem que, quanto menor o nível de educação da mulher, tanto mais dor ela provavelmente sentirá por ocasião do parto e que talvez a educação confira amor próprio à pessoa, o que lhe aumenta a tolerância à dor.

Deste modo, a escola tem o papel fundamental como suporte da família, no que concerne à educação sexual, pois, com as mudanças na estrutura familiar, a escola passa a ser um forte contexto para o desenvolvimento de uma educação, provocando na jovem um sentido de alta responsabilidade e compromisso com a própria sexualidade.

Entretanto, embora a rede pública tenha sido ampliada, ainda não é suficiente para a demanda, ficando muitos jovens com dificuldades ou mesmo impedidas de freqüentar a escola (GUIMARÃES *et al*, 2003).

Faz-se necessária uma rede de escolas públicas e gratuitas, comprometidas e fortemente inseridas na sociedade em que atua, conhecendo mais profundamente o ambiente que as rodeia, para assim, desenvolverem uma formação cidadã.

Contudo, Leininger (1978) nos chama a atenção para outro fator, chamado aculturação, que é o encontro entre duas ou mais culturas no qual uma se adapta ao estilo de vida da outra. Portanto a escola favorece a ocorrência da aculturação quando jovens e adultos de locais diversos se encontram e trocam suas experiências, sua visão de mundo e suas crenças.

Logo, Leininger (1978) e Morin (2001) dizem que as culturas devem aprender umas com as outras; não deve haver é dominação de uma cultura sobre a outra, pois o homem só se realiza plenamente como humano pela cultura e na sua cultura.

No meu cotidiano como profissional, observo que a mulher angustiada pela incompreensão do processo gravídico acalma-se ao receber explicações tranquilizadoras do profissional que a assiste tanto no pré-natal como no Centro Obstétrico, o que não ocorreu com algumas informantes, de acordo com suas falas:

Eu fazia o pré-natal no início com uma doutora que conversava, me informava, e perguntava as coisas (Orquídea).

A primeira vez que eu ouvi falar sobre o parto foi no pré-natal, eles fizeram uma demonstração, me mostraram a posição da criança, fizeram uma palestra (Tulipa).

Tinha uma senhora de branco lá que conversou comigo aí eu me acalmei (Orquídea).

As informações, fornecidas pelos profissionais, devem ser feitas de forma que as gestantes entendam, devem ser úteis e corretas a respeito de sua colaboração no parto. São informações que, por outro lado, não são consideradas novas, que toda boa parteira dava a seus pacientes, mas que agora se perderam

pela pressa e o tom impessoal da sala de parto, pelas injeções, pelas induções, pelas anestésias e pelos partos fórceps.

Simões (1998) relata que nas sociedades, de uma maneira abrangente, percebe-se a existência de um sistema amplo de saúde, em que o cuidado é desenvolvido por diferentes profissionais, que a abordagem desempenhada por esses profissionais é influenciada fortemente por fatores culturais, como os seus valores, crenças, padrões e visão do mundo, que continuamente penetram suas práticas; e que as instituições tratam as doenças e o parto utilizando tecnologias de acordo com o tipo de cultura onde ocorrem.

O profissional de Enfermagem, de acordo com Leininger (1978), tem que saber ouvir atentamente o que a cliente esta falando sobre seu modo de vida, sobre suas crenças e como se vê ela no mundo, pois somente desta maneira o profissional poderá compreender a visão que a gestante tem sobre a saúde e a doença e como espera receber o cuidado. Deve também ser permitido à cliente, neste estudo, a parturiente, participar das tomadas de decisões em torno do seu processo parturitivo, diminuindo, assim, os conflitos entre os profissionais e o cliente.

Categoria: Os meios de comunicação

As culturas contêm conjuntos de técnicas próprias com a intenção de auxiliar seus membros na defesa de seu grupo contra os outros, para produzir e preparar alimento e moradia, para conservar a saúde e lutar contra as doenças. De acordo com Capellato (1975) e Leininger (1978), as culturas associadas à vida urbana contêm tecnologias elaboradas para todas essas coisas, bem como educação, transporte, governo e administração.

Eu já tinha visto parto nas novelas, aquela Barriga de aluguel (Hortênsia).

Na televisão eu vi uma reportagem sobre o parto, e na novela eu vi um parto cesariano (Tulipa).

Eu já tinha visto em algumas novelas, nos filmes. Como agora passou um filme a mulher tendo menino. Eu fiquei com medo quando vi aquela mulher tendo menino (Azaléia).

O que eu vi nas novelas me deixou com medo (Dália).

Com as crescentes facilidades de comunicação, pode-se observar uma maior interação das diversas culturas. No cotidiano das informantes, observei a presença constante das tecnologias contribuindo de forma poderosa para influenciar os hábitos de vida das pessoas, como percebi em seus comportamentos.

Segundo Leininger (1991), desde a Revolução Industrial, tem crescido os impactos da tecnologia na vida, valores, caminhos e estilo de vida do homem. A técnica tem determinado como devemos viver, trabalhar e usar o nosso tempo de lazer, como se observa com a televisão, presente em todas as residências de nossas informantes.

A TV, com sua programação, está constantemente apresentando como se comportam as mulheres na gestação e no parto, mesmo que fora de sua realidade, visto que ou mostram mulheres bem vestidas tendo seus partos por procedimentos cirúrgicos ou mulheres que durante o trabalho de parto e partos normais gritam e se desesperam, como se estivessem passando por um momento de grande sofrimento. Mostra, então, uma imagem do parto como algo doloroso, com cenas escandalosas, permeadas de sangue. Deste modo, faz-se crescer o pensamento de que o parto normal é algo tão complexo que não pode acontecer em um ambiente simples, como o domicílio. Todavia, essa tecnologia pode produzir nas gestantes sentimentos de expectativas, dúvidas e receios, quando não explicada de forma clara e acessível com o conhecimento da gestante.

Acredito que o parto na televisão poderia ser abordado de uma forma tranquilizadora, explicando como se processa, suas vantagens, suas dificuldades, e o que a mulher pode fazer para se ajudar. O ideal seria que os programas fossem utilizados na tentativa de proporcionar às mulheres mecanismos facilitadores no enfrentamento do parto.

O modo como são transmitidas as matérias veiculadas na televisão, no jornal e no rádio, com relação à instituição, desencadeia medo nas gestantes. Moraes (1997) acentua que a matéria, principalmente quando veiculada nos media

escritos é uma construção dos acontecimentos, através da linguagem própria dos jornalistas, pois é uma atividade ou tarefa que eles exercem, tendo um discurso que revela a atualidade, principalmente quando trata do passado e apontando as perspectivas ou ideais no futuro. Os conteúdos noticiosos funcionariam como vitrines, ou seja, fazendo que o leitor escolha o que mais o interessa.

Nesse sentido Porto e Nascimento (2002) dizem que as informações contidas nas matérias jornalísticas não serão lidas e ouvidas se não destacados os assuntos com um texto que chame a atenção da matéria e que o sensacionalismo nas manchetes é: o sexo, o sangue, o drama e o crime. Continua o autor, relatando que as manchetes não destacam as situações-problemas ou suas soluções, pois o texto é construído de forma que a leitura seja tendenciosa. Em algumas manchetes, o seu enunciado deixa transparecer uma situação e, ao se ler o seu conteúdo, encontra-se outra mensagem.

Portanto, a sociedade precisa estar atenta a essas estratégias utilizadas no processo de comunicação, quero dizer, é necessário que a sociedade receba alguma informação, porém que mantenha um olhar crítico.

Temática II: A presença do medo no processo gestacional e parturitivo

Ao conversar com as informantes, percebi que o sentimento de medo as impediu de vivenciar em plenitude o seu processo parturitivo e que este sentimento advinha de diversas fontes, entre as quais encontram-se as informações dos amigos e a instituição.

Categoria: As informações dos amigos

De acordo com Laraia (2003) o homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é herdeiro de um processo cumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecederam. As falas que se seguem mostram a influência da opinião dos membros da família e da sociedade perante os possíveis sentimentos que a mulher pode apresentar no que concerne o parto:

As minhas colegas, que já foram mães, diziam que o parto é muito difícil. Tem muita adolescente que tem medo porque as outras pessoas ficam fazendo medo, dizendo que a hora do parto é muito ruim, e é muito difícil (Azaléia).

A minha mãe foi quem primeiro me falou sobre o parto, porque as meninas lá, as mais novas todas engravidam, ela dizia gravidez não é coisa muito boa não, engravidar, ter menino não é coisa muito boa não, a dor de ter filho a gente esquece do mundo, para mim é mesmo que morrer (Orquídea).

No posto eu me encontrava com outras mães e elas diziam assim agora você vai ver como é bom (Azaléia).

As minhas colegas diziam que era uma dor horrível e que para sair à placenta a dor era maior (Camélia).

O parto sempre foi cercado de mitos e crenças, e, para mistificá-lo mais ainda, a Bíblia Sagrada refere que as dores do parto são como castigo que a mulher deve sofrer por ter cometido o pecado original, expressando desta forma algo que é a realidade psíquica, tanto para a mulher crente como para a atéia: que seu filho é fruto do pecado e dar à luz a faz merecedora do castigo.

O parto seria, então, a grande provação por que devem passar as jovens para comprovar sua condição de mulher. Com isso o trabalho árduo, os riscos e as dores do processo parturitivo são acentuados. Contam-se histórias de acontecimentos assustadores colhidos das experiências das vizinhas.

As informantes-chaves deste estudo relataram que, nas rodas de conversas sobre o parto com suas colegas e parentes, ele emergia como algo doloroso, assustador, um enfrentamento da morte. Isto me faz refletir: o que sente uma mulher que nunca viveu esta experiência? Qual a visão de parto que esta mulher formará? Penso que estas reflexões me ajudam a compreender os rostos assustados, as expressões de medo que encontro no cotidiano do Centro Obstétrico.

Laraia (2003) citando Margaret Mead, relata que, estudando distintas sociedades, observou que as filhas educadas por mães no temor do parto sofrem mais no momento do parto do que nos casos em que a mãe, as irmãs, e as amigas descrevem o momento do parto com uma experiência satisfatória, pois a mulher espera o mesmo para si, o que geralmente acontecia.

A palavra dor é, segundo Melo (1996), usada em português para indicar as sensações verificadas durante o parto, quaisquer que sejam elas. Em compensação, os hebreus têm um vocabulário para designar dor, *Ka'ev*, e outro bem diferente para indicar contrações, que é *tsirim*, cuja equivalência mais comum que se tem na língua portuguesa é contração, e o que os níveis em que os sinais inconscientes de alerta são interpretados variam de uma cultura para outra e entre indivíduos.

Contudo as conversas sobre o parto, como momento de dor, que são transmitidas de geração a geração possivelmente desencadeiam um sentimento de medo nas gestantes, dificultando o parto. De acordo com Read, citado por Maldonado (2000), produz uma contração do músculo do assoalho pélvico, dificultando a passagem do bebê.

A dor é vista pela mulher, conforme Simões (1998), como essencial no processo parturitivo e, ao descrever sua evolução e o comportamento assumido, mostra sentir-se em perigo, ameaçada, porque revela medo diante do desconforto provocado pela dor. Acredita que esta possa superar sua própria resistência física, possa levá-la à morte e clama pelo parto como um evento que possibilitará o término de seu sofrimento e trará seu filho ao mundo. Deste modo, as dores do processo final de expulsão resultam em aceitação porque significam o fim da parturição.

Por outro lado, os profissionais compreendem a dor como um fenômeno normal, fazendo parte do processo parturitivo, e que não conduzirá a mulher à morte. Com isso, não conferem atenção devida à mulher, não percebem que cada mulher tem a sua singularidade, e não se preocupam em conhecer o ambiente cultural no qual foi desenvolvida a gestação.

O profissional de saúde, de acordo com Leininger (1978), deve conhecer os papéis de cada família e os laços de amizade desenvolvidos entre os grupos em determinada cultura são indicadores da estrutura social daquela comunidade para que tenha condições de oferecer um serviço, cuidado, que não seja fator desencadeante de conflitos ou estresse na pessoa que está recebendo.

Categoria: A dinâmica da instituição

Apreendi também que, além do fenômeno dor, as gestantes e suas amigas conversam sobre o atendimento nas instituições, como veremos a seguir em suas falas:

As minhas colegas dizem que lá o povo (funcionários da maternidade) não cuidava bem da gente, eram todos abusados com as pacientes (Orquídea).

As pessoas falam que os funcionários não atendem bem as pacientes, atendem com ignorância (Tulipa).

Tinha uma paciente que gritava muito, muito mesmo, a gente fica com medo (Camélia).

Na sala de parto as outras que ficam lá chorando, gritando fazem medo e aquele negócio dos bebês (a notícia sobre as mortes dos recém-nascido no berçário), né deixa a gente com medo (Dália).

Na sala de parto quando eu fui chegando eu tive medo daquela que estava ponteando, eu fiquei com medo daquele sangue lá, eu fiquei com medo, eu também tinha medo que roubassem a minha menina, eu ia lá no banheiro bem rapidinho, já pensou o que eu ia fazer se roubasse minha menina (Hortênsia).

Eu fiquei assistindo a mulher tendo menino lá, eu não sei como é que uma coisa tão miúda se estica tanto, eu fiquei com medo e aquele ferro que estouraram a bolsa, eu fiquei com medo de quando ele ia estourar bater em mim (Tulipa).

Na sala de parto, muitas camas né, aquela mesinha com aparelhinhos tesoura, agulha, eu vi aquilo e eu fiquei com medo e perto de mim tinha duas mulheres que gritavam muito (Violeta).

A gestação e o parto, deixando de ser eventos familiares, passaram a ser um evento institucionalizado, cercado de tecnologia, pois, segundo Collaço (2002), as instituições têm uma cultura própria, fundamentada no empirismo e na tecnologia que se revelam em suas rotinas, como as ultra-sonografias, tricotomias, toques vaginais, amniotomias, episiorrafias e cesarianas.

A ultra-sonografia, que tem por finalidade observar o desenvolvimento fetal na gestação, segundo Ximenes (2001), tornou-se amplamente divulgada, despertando nas gestantes o desejo de realizá-las. Contudo, foram constatadas as dificuldades ao acesso a este tipo de exame nos serviços públicos, contribuindo, desta forma, para que algumas solicitem ajuda financeira dos familiares, às vezes piorando sua situação financeira.

Entretanto, estas tecnologias podem originar nas gestantes expectativas, dúvidas e receios quando não realizadas e quando não explicadas quanto ao seu conteúdo de forma correta.

O toque vaginal é um procedimento doloroso e causador de desconforto, de sensação de impotência, de invasão profunda. Uma das informantes-chaves, em uma de nossas conversas, relatou que esse procedimento deveria ser feito por uma profissional mulher, que na internação do seu primeiro filho exigiu ser examinada por uma mulher, por acreditar ser este um procedimento em que se sentiu muito exposta.

Segundo a OMS (1996), o toque é um procedimento essencial na avaliação do trabalho de parto, contudo deveria ser realizado por uma pessoa especializada e somente quando necessário, ou seja, no início do primeiro estágio do parto realizado só de quatro em quatro horas, e que as mulheres não deverão ser coagidas a realizá-lo.

Contudo, o que percebo, no meu cotidiano, é uma prática contrária às recomendações da OMS, pois as mulheres são tocadas repetidas vezes por acadêmicos e profissionais.

Observei que a episiotomia, incisão realizada no períneo da mulher no período expulsivo, aparece como uma intervenção que se repetiu nos partos das informantes. Porém, é um procedimento em que as mulheres se queixam de desconfortos, da dificuldade do retorno à atividade sexual, sentar-se e outras atividades do cotidiano.

A OMS (1996) enfatiza que apesar do exercício das episiotomias ser amplamente utilizado, nos serviços de saúde, principalmente nas primigestas, não existem evidências confiáveis sobre o uso rotineiro e liberal desta prática, devendo ser utilizada somente com indicação, portanto, recomenda-se limitação do seu uso.

A episiotomia no Brasil é uma rotina praticada pela imensa maioria dos obstetras, com o objetivo de evitar lacerações perineais, porém as episiotomias apresentam implicações emocionais advindas do temor de que os pontos se arrebenhem e que a vulva seja dilacerada (MALDONADO, 2000).

tricotomia é geradora de desconforto no pós-parto quando os pelos começam a crescer; sua realização não diminui o risco de infecção, portanto, é considerada uma prática prejudicial e que deve ser eliminada. Em minha experiência nas casas de parto no Japão, as parteiras não realizam este procedimento por acharem desnecessário.

A indução do parto com ocitocina foi por mim claramente evidenciado. Segundo a OMS (1996), a infusão venosa de ocitocina é freqüentemente utilizada para acelerar o trabalho de parto após a ruptura espontânea ou artificial das membranas, sendo considerado um manejo ativo do trabalho de parto, porém, ainda não é claro que o uso liberal da correção da dinâmica das contrações uterinas com ocitocina ofereça benefícios tanto para a mulher quanto para o feto.

Conforme a OMS (1996), os estudos que já foram realizados não fornecem nenhuma evidência de que a amniotomia precoce tenha efeito favorável ou desfavorável sobre o estado do recém-nascido. Diz não poder concluir que amniotomia precoce apresente vantagem clara e que portanto, no trabalho de parto normal, deveria haver um motivo válido para inferir com o momento espontâneo da ruptura das membranas.

Esse procedimento é um fator desencadeante do medo, uma tecnologia utilizada na sala de parto. Quando a mulher não tem a bolsa das águas rota espontaneamente, o obstetra geralmente realiza esse procedimento com o amniótomo, um instrumento metálico, fino, longo, com uma curvatura na ponta e pontiagudo. A pessoa, ao realizar este procedimento, coloca o instrumento entre os dedos indicadores e introduz na vagina da paciente, localizando a bolsa das águas, e, com o amniótomo, faz uma pequena perfuração. No entanto observei que este instrumento aos olhos da mulher é aterrorizante porque lhes parece que este material vai perfurá-la.

Outra técnica também bastante divulgada é a cesariana. Nas rodas de conversas com as amigas, o mito emergente é que a mulher que se submete à cesariana não sente dores do parto e que, se o médico realizar a cesariana, eles poderão fazer sua ligação tubária. O Brasil, segundo Maldonado (2000) ocupa, há

alguns anos, um dos primeiros lugares no *ranking* mundial de incidência de parto cesáreo, disseminando assim a cultura da cesariana.

Assim, Simões (1998) diz que, na assistência obstétrica, todos se dispõem a assumir a decisão de atender as necessidades fisiológicas das gestantes de forma rotineira, mecânica e impessoal; cada membro da equipe desenvolve as atividades que lhe competem, não percebendo que com essa conduta está sempre decidindo pela mulher, assumindo cuidar dela, não lhe permitindo opções. Os profissionais devem estar voltados para uma assistência que possibilite à mulher assumir seu trabalho de parto de forma amena e confortante levando em consideração seu saber, seu modo de ver e perceber o parto, enfim sua cultura.

Nesse sentido, Leininger (1991) refere que, os avanços tecnológicos são importantes no cuidado das doenças, porém é preciso reconhecer o abuso em seu emprego. Muitos aparelhos são vistos pelos profissionais como “ferramentas mágicas” para salvar pessoas, porém ela observa que o comportamento dos profissionais tornou-se mecanizado, pois não ficam ao lado dos pacientes, deixando-os serem cuidados por essas ferramentas. Pode-se observar isso quando se usa o cardiotocógrafo e/ ou ultra-som, pois alguns profissionais dão mais atenção ao resultado do exame obtido na máquina do que nas queixas das parturientes.

Leininger (1991) observou, ainda que, usuários e seus parentes podem vir a sentir medo desses instrumentos por não compreenderem o funcionamento destes aparelhos, alguns deixando de ir a busca do hospital, não dando continuidade ao tratamento.

Pode-se observar é que a estrutura física do Centro Obstétrico, deste estudo, contribui para intensificar o medo nas mulheres em trabalho de parto no instante em que não lhes oferece a privacidade. As mulheres, no Centro Obstétrico, são colocadas em uma mesma unidade, ou seja, de quatro a seis mulheres em uma mesma enfermaria, divididas por cortinas plásticas, só que, na grande maioria, os médicos e enfermeiras no momento da realização dos procedimentos técnicos mantêm as cortinas abertas, permitindo às mulheres depararem-se com outras no momento do exame, parindo, sendo submetidas a episiorrafias. Até mesmo o fato de

as mulheres estarem em uma mesma enfermaria, quando uma delas se descontrola, desencadeia um efeito “dominó”, causando medo nas outras.

A dinâmica do Centro Obstétrico proporciona às mulheres terem, no mesmo momento, seus bebês. O número reduzido de auxiliares de Enfermagem favorece para que estas exponham o material cirúrgico antes do parto, no entanto a visão do material pela parturiente intensifica nela o sentimento de medo, pois não entende sua utilização.

Temática III: Vivenciando a gravidez

Nessa temática, a gravidez emergiu como um grande fator determinante do comportamento das informantes.

Categoria: Os fatores metabólicos e sociais como determinantes do comportamento da gestante

No ciclo vital feminino, existem três períodos, tidos por Maldonado (2000) como críticos e de transição que fazem parte das fases do desenvolvimento da mulher: a adolescência, a gravidez e o climatério. Reconhece que existem estados emocionais peculiares na gestação e que estas transformações provocadas pela gravidez decorrem de conflitos normalmente presentes neste período, como também a possibilidade de que os hormônios sexuais progesterona e estrogênio exerçam efeitos no comportamento.

Percebi, nas falas das informantes, o fato de que todas referiram ficar mais zangadas, mais irritadas, mais sensíveis, chorando facilmente quando estavam gestantes.

Durante a gestação, eu chorava vivia triste, vivia irritada (Tulipa).

Durante a gestação eu fiquei mais zangada, mais irritada, com certeza eu reagia de outro jeito de antes de eu ficar grávida (Orquídea).

Durante a gestação eu só vivia zangada, brigava com todo mundo que chegava ai na frente, só vivia zangada,coitado do Pedro (Hortênsia).

Na gestação eu fiquei mas zangada, eu fazia coisas que eu pensava que não era eu. Eu dizia coisas que eu não queria, eu era muito ignorante principalmente com o pessoal daqui de casa (Dália).

Portanto, para Maldonado (2000), as oscilações do humor podem estar relacionadas às alterações metabólicas. É comum a mulher passar da depressão à euforia sem motivo aparente. O aumento da sensibilidade é freqüentemente observado através da sua irritabilidade, pois fica mais vulnerável aos estímulos externos que antes não a afetavam.

Outras vezes, diz Sofier (1991), a sensação de hostilidade é muito difusa e se projeta sobre o mundo, sensações de hostilidade com o marido, o pai, a mãe, e, mais freqüentemente, a sogra. Isto eu tive a oportunidade de constatar, quando as informantes em suas falas se referiam e até mesmo descreviam seus comportamentos com uma certa estranheza, pois pareciam não estar falando de sentimentos próprios, porém como se o estado gravídico fosse responsável pelo seu comportamento.

Juntam-se aos fatores metabólicos, como intensificadores dessas oscilações de humores, as cobranças a que a mulher atualmente é submetida pelo ambiente em que vive. De acordo com Langer (1986), as sociedades antigas cobravam da mulher severas restrições sexuais, mas favoreciam suas atividades e funções maternas, visto que elas se preocupavam, na maioria das vezes, somente com a atenção ao marido e aos filhos; quando trabalhavam, era em pequenas produções caseiras junto com a família.

É o contrário desse século, quando a mulher adquiriu liberdade sexual, contudo as circunstâncias sociais, culturais e econômicas lhe impõem grandes restrições à maternidade. Antes a mulher sabia que a sua finalidade era casar-se e ter filhos, atualmente, para muitas mulheres, a maternidade não é tão desejada. Macy e Falkner (1981) referem que, diante de nossa organização social com a crise da habitação, do elevado custo da educação de uma criança, o nascimento de mais um filho é sentido como um problema, mas do que uma alegria, pois a mulher, atualmente, sente-se na obrigação de trabalhar na tentativa de ajudar ou quando não assumir a responsabilidade do sustento da família.

Ademais, a mulher que se dedica totalmente ao marido e filhos aparece como pouca atrativa e interessante aos demais membros da sociedade, Maldonado

(2000) considera que, diante dessa situação imposta à mulher, os quadros psicossomáticos aumentaram.

A gravidez, segundo Macy e Falkner (1981), Sofier (1991), e Coslovsky e Geller (1996), é um momento de crise porque as mudanças nela envolvidas são drásticas e radicais. É uma ocasião em que a mulher deve rever tanto o próprio passado como o futuro. Ela deve comparar suas idéias sobre feminilidade, a respeito dela própria, acerca de sua mãe e seu pai e referente aquilo que acredita ter aprendido deles. Se não souberem o que esperam dela, essa tarefa de comparação e desenvolvimento ficará difícil.

Contudo, existem estudos afirmando que as reações das gestantes estão relacionadas aos diferentes modos das culturas de encarar a gravidez e o corpo humano, pois, apesar de todas as mulheres terem alterações hormonais, algumas não sofrem tanto com as alterações do próprio corpo, donde se conclui que essas expectativas são formuladas pela cultura em que a mulher vive e são moldadas por sua própria personalidade e experiência familiar.

O modo de a mulher e do seu companheiro encararem a gravidez depende em grande parte das idéias que eles anteriormente tinham sobre a gravidez e o parto, se eles queriam essa gravidez, se foi planejada, se estavam se sentindo preparados para serem pais, de como se encontrava o relacionamento naquele momento, se pensavam em continuar juntos ou estavam em processo de separação. Dependendo disso, a gravidez pode constituir uma alegria ou um pesado encargo, o fim ou o início de uma boa vida, sustentáculo ou destruição de um relacionamento.

Categoria: A não participação do companheiro na gravidez

A presença do companheiro na gravidez é de vital importância, visto que a formação do vínculo pais-filhos e a rede de intercomunicação familiar começa a se desenvolver nesta fase.

Entretanto, a gravidez que deveria ser observada como um evento familiar, em nossa sociedade, é função quase que exclusivamente da mulher,

cabendo-lhe a responsabilidade, segundo Ximenes (2001), da decisão ou não de ter um filho, isentando-se o parceiro desta responsabilidade, como também do sustento do filho, funcionando este quadro como um determinante da instabilidade do humor da mulher durante a gravidez e no seu modo de enfrentar o trabalho de parto e parto, pois a mulher fica presa aos seus pensamentos de como ocorrerão a criação e o sustento de seu filho, como fica evidenciado nas falas a seguir:

Essa gravidez me exemplou, eu fiquei desgostosa com o pai dele, o pai dele não deu e não dá nada, eu tenho que trabalhar para sustentar (Orquídea).

Quando eu estava grávida, eu estava separada, ele queria que eu abortasse, mas eu não abortei (Violeta).

Durante a gestação ficou abusada, zangada, também ela estava separada (Informante geral de Violeta).

Langer (1986) argumenta que algumas combinações de fatores econômicos desfavoráveis, aliados a uma vida conjugal infeliz ou instável, contêm as tendências positivas da maternidade, possibilitando que as negativas se sobressaiam; as mulheres emocionalmente maduras e com uma estrutura psicológica e familiar estável apresentam estrutura psicológica positiva frente ao parto.

Todos esses conflitos, vivenciados pela mulher durante a gravidez, quando não resolvidos, a acompanham até o momento do parto; os comportamentos de histeria e de introspecção são originados no período gestatório, portanto a mulher ao decidir pela maternidade deve receber todo o apoio dos profissionais.

Em termos gerais, a ajuda eficiente num período de crise consiste em encorajar (não reprimir) a livre expressão dos sentimentos de tristeza, ansiedade, hostilidade; e, sobretudo, a perturbação do comportamento, que, se é verificado, não deve ser confundido com sintomas de doença mental, mas deve ser considerado um sinal de luta interna em busca de reajustar-se ao que lhe é imposto (SOFIER, 1991)

Na verdade, a gravidez deve ser observada como uma situação que envolve não apenas a mulher, mas também seu companheiro e o meio social

imediatamente. Langer (1986) alerta para a noção de que o maior ou menor grau de aceitação da gravidez por parte do ambiente social reforça ou não a tendência da mulher para a maternidade.

Bohay (1991) utilizando a Teoria da Universidade e Diversidade do Cuidado Cultural para estudar o cuidado dos Ucrânicos na gestação e parto, observou que as crianças aprendem com a família e os amigos suas tradições culturais, e que todo o suporte emocional, psíquico, e financeiro é dado à gestante porque eles dizem valorizar muito a vida familiar; o cuidado do companheiro na gestação é uma constante e a mãe da gestante é responsável por sua descendência e o nascimento do feto.

Porém, na sociedade de hoje, as mudanças sociais acarretadas pela Revolução Industrial separaram cada vez mais os papéis dos dois sexos. O pai foi tirado do centro da rede familiar para ocupar uma posição situada à margem, cabendo-lhe apenas fornecer o dinheiro graças ao qual a família depende. Para o homem que deseja tomar parte ativa no cuidado do filho, há pouca orientação, visto que atualmente alguns pais estão começando a sentir necessidade de participar mais intensamente da vida familiar, de saber o que podem fazer em relação à esposa e ao seu filho. A esses pais deve-se proporcionar condições a fim de que possam descobrir junto com sua esposa que o momento do parto pode ser o momento mais sensacional de suas vidas.

Categoria: Gravidez não planejada

Um fator interessante e que foi por mim evidenciado é que todas as informantes-chaves relataram que sua gravidez não foi planejada, no entanto, somente uma usava preservativo.

Essa gravidez não foi planejada, eu estava separada dele, eu usava camisinha mas nesse dia esqueci (Camélia).

Minha gestação não foi planejada, eu não sei como foi para eu pegar esse menino (Tulipa).

Esta gestação não foi planejada (Dália).

Essa gravidez não foi planejada, mas depois eu fiquei grávida dela eu tive que ficar (Hortênsia).

Esta gestação não foi planejada, foi mesmo uma doídice, jamais eu ia ter um filho agora, mas Deus quis assim. Se não fosse a vontade de Deus, eu não teria não (Orquídea).

Está gravidez não foi planejada, aconteceu porque Deus quis, Ele permitiu (Violeta).

Esse comportamento das informantes de não planejar uma futura gestação me fez concluir que elas mantêm um comportamento passivo em relação a prever uma gestação. Pode-se observar, então, uma falha no sistema de educação e de saúde, pois tudo leva a crer que as mulheres desconhecem, ou pouco conhece, o funcionamento de seu corpo, como agir no processo reprodutivo, e como escolher, conscientemente, entre os diferentes métodos contraceptivos o que lhe é mais indicado.

Portanto, a permanência desses problemas decorre de interesses econômicos imediatos, das autoridades responsáveis pela administração da sociedade, e de políticas públicas deficientes, visto que o planejamento da gestação e parto com orientações pré-natais, aconselhamentos e acompanhamento médico e de enfermagem já é possível de acontecer e dão possibilidades que um filho planejado venha ao mundo em condições dignas de existência.

As deficiências nas políticas públicas devem ser rapidamente sanadas, pois a acelerada evolução tecnológica na vida moderna exige da mulher um ritmo de vida que requer programação. Tudo precisa ser planejado, calculado e estudado e, dentro deste esquema de planejamento, encontra-se o controle da natalidade.

Para que ocorra um controle de natalidade favorável, Bolsanello (1993) estabelece que há necessidade de conscientização e amadurecimento suficientes, por parte de cada um de nós e dos órgãos administrativos, para que não continuem a ocorrer controles tão em massa. O autor conclui que os países subdesenvolvidos são os que apresentam maior concentração populacional, onde a proliferação é desenfreada em virtude da ignorância, das influências religiosas e da miséria que se tornam cada vez mais freqüentes.

A realidade, das informantes, revela que o baixo poder econômico e de instrução constituem entraves para a aprendizagem, seja no trabalho ou nos conhecimentos sobre como evitar a gravidez, para a melhoria das condições de habitação e alimentação. Porém, Ximenes (2001) anota que elas percebem a importância da educação como fator necessário para o seu bem-estar e foi dado a entender isso pelo esforço que fazem para manter seus filhos nas escolas.

A educação desponta como um dos fatores influenciadores na compreensão dos métodos, como os contraceptivos orais que apesar de serem vistos como necessários no controle da natalidade, são invocados argumentos de comprometimento à saúde, e, também, por sua forma de uso ser diário, as informantes relatam esquecerem de tomá-los, e por isso optam pela laqueadura tubária.

Também, segundo Guimarães *et al* (2003), conhecer os métodos anticoncepcionais não é sinônimo de usá-los, mostrando que a questão é bem mais complexa e ficando claro que não é só informar para mudar, mas educar de forma que a mulher tome consciência da realidade e das conseqüências de uma gravidez em tempo inoportuno, para que essa conscientização leve a uma mudança de comportamento.

Peixoto *et al* (1997) evidenciaram, em seu estudo sobre planejamento familiar, que as mulheres atribuem a si próprias a responsabilidade pelo uso dos métodos contraceptivos, porque, segundo elas, as mulheres assumiram a responsabilidade pelo cuidado com os filhos, e que o homem não tem assumido seu papel reprodutivo com responsabilidade.

Com relação à aceitabilidade dos métodos anticoncepcionais, Ziegel e Cranley (1985) referem que os fatores capazes de influenciar na decisão do casal para o uso dos contraceptivos são os socioculturais, profissionais, econômicos, religiosos, físicos, conjugais e psicológicos que envolvem a estabilidade no relacionamento conjugal. Ainda no entender dessas autoras, outros fatores podem influenciar na seleção de um método. Eles dependem de variáveis que atribuem para a sua aceitabilidade, que são: custo, eficácia, facilidade de uso, experiência anterior com o método, grau de utilização, prática na manipulação do corpo,

freqüência das relações sexuais, efeitos colaterais, contra-indicações clínicas e aflições religiosas.

Convém destacar ainda que os serviços de saúde constituem a ponte para que a mulher de baixa renda tenha acesso à anticoncepção e isto ocorre sem a orientação e o acompanhamento, compatíveis com as condições de vida e saúde, e sem analisar o impacto que pode provocar na população como um todo (PEIXOTO *et al*, 1997). Lembra, também, o autor que, se o número de filhos antigamente representava mais braços para trabalhar na lavoura e, conseqüentemente, maior probabilidade de sobrevivência, hoje, nos centros urbanos, ao contrário, representa maiores dificuldades e mais bocas para alimentar

Constatei, que o desemprego está presente no cotidiano das informantes, que na maioria das vezes trabalham sem carteira assinada e, quando chega o momento de terem seus filhos, são postas para fora do emprego. A mulher fica, portanto durante todo o processo parturitivo presa às reflexões de com se dará o parto, como será a criação do bebê. Porém, apesar das dificuldades, as informantes optaram por continuar grávidas, não abortando.

Sabe-se, segundo Papaleo (2000), que nem sempre o aborto foi incluído na moral e na política das sociedades e que, muito antes do Cristianismo, foi reprimido, não se invocando, para tanto, necessariamente, razões religiosas ou morais. Guerras, fome, epidemias, cataclismos e mortalidade infantil elevada dizimavam famílias e povos, quase não despertando interesses pelos anticoncepcionais. Portanto, conforme o autor, somente a partir do século IV, o Cristianismo foi admitido em Roma. Contudo, Santo Agostinho, o grande doutor católico, sustenta o preceito aristotélico de que a animação fetal tem início na 10^o dia da gravidez a partir de cuja data se qualifica o feto de pessoa divina. Porém, São Basílio é mais rigoroso e afirma que o aborto é um crime em qualquer época da gravidez.

Não objetivo, neste momento, fazer questionamentos sobre a legalidade do aborto, mas tão somente ressaltar para o leitor para o fato de que a escola deve representar para os indivíduos uma fonte de informação expressiva, suprimindo a carência deles, no tocante aos contraceptivos, fornecendo informações sobre os

métodos, levando-os não só a conhecerem as várias opções e características de cada método, mas que possam também refletir sobre as questões biopsicossociais ligadas diretamente ao tema. Assim, não se teria no futuro tantas gravidezes não planejadas.

Concluo, com Peixoto *et al* (1997) e Leininger (1978), que se faz necessário, portanto, que as políticas e os modelos de saúde reconheçam a realidade cultural na qual se vão realizar suas atividades e trabalhem em prol da defesa da evolução da sociedade, ofertando aos profissionais da saúde subsídios para assumir na prática um compromisso com a vida da mulher e, por conseguinte, com a existência da sociedade.

Temática IV: Religiosidade

Categoria: A influência das crenças e religiosidades no parto

De acordo com Morin (2001) o século XX sofreu terrivelmente de carência afetiva, de indiferença, de natureza e de crueldade. Mas produziu também o excesso de amor consagrado a mitos enganosos, ilusões e falsas divindades.

As informantes-chaves do estudo apresentam suas crenças com base nos valores religiosos e filosóficos em que acreditam. Simões (1998) considera que no estado gravídico, por ser uma fase da vida da mulher permeada por insegurança, as mulheres são propensas a se apegar a aspectos religiosos, com esperança de receber proteção durante sua gestação e o parto.

Eu sabia que ia ser uma meninazinha, porque morava ai uma velhinha, ela sabia, ela disse que minha barriga era bem redondinha. Eu pedi muito a Deus para da tudo certo, para ela nascer perfeita, para ela não sofrer no hospital, eu pedia a Deus para Ele me ajudar, então Ele me ajudou.(Hortênsia).

Na hora do parto eu me peguei com aquela santa que tem um quadro na sala de parto, aqueles meninozinho perto de Nossa Senhora (Violeta).

Eu também freqüentava uma santinha que tinha bem ali, é uma mulher que parece Nossa Senhora, aí quando eu chegava lá eu pedia que na gravidez corresse tudo bem na hora do parto eu só pensava besteira, que ele podia nascer com defeito.Rezava para que ele nascesse bem depressa (Orquídea).

Uma colega minha fez o negócio da Galinha e disse que ia ser uma menina, eu bati uma ultra-sonografia com 5 meses e deu uma menina (Violeta).

A minha avó me deu uma santa pra eu rezar porque eu só vivia chorando (Tulipa).

Ah! Não, não tinha quem fizesse eu comer pregado de panela, a gente fica com a placenta presa (Hortência).

As culturas orientam as definições e explicações de muitos aspectos do ambiente do homem - a magia, a sorte, as forças sobrenaturais são valorizadas pelas pessoas, mesmo que se situem no campo da subjetividade.

Constatei que os princípios doutrinários que seguem ou adotam de uma filosofia de vida podem levar as informantes a associar os passes milagreiros das seitas e as informações das rezadeiras com as orientações recebidas dos profissionais de saúde. As informantes, apesar de realizarem o pré-natal e receberem informações dos profissionais, não deixavam de ir à busca do saber popular das rezadeiras.

Macy e Falkner (1981) e Leininger (1978) relatam que a cultura influencia até na alimentação dos indivíduos. Encontrei alguns livros que divulgam bons conselhos, como, por exemplo, não comam para dois, tomem bastante leite. Mas tudo isso é aprendido livresco. As mulheres preferem voltar-se para a própria mãe e as amigas em busca de conselhos sobre o que comer e o que não comer. Mesmo quando os fatos são colhidos dos meios de comunicação em massa, eles tendem a passar pelo crivo de um folclore feminino especial sobre a gravidez, dotado de existência própria. Por exemplo, não comer pregado de panela porque a placenta fica presa (acreta); comer o que está desejando senão o menino nasce com a boca aberta.

Logo, as práticas religiosas, os santos, as orações fazem parte do cotidiano das informantes, que se apegam aos aspectos religiosos, esperando receber de alguma força superior proteção divina, a fim de que a gestação e o parto ocorram sem problemas.

Para Leininger (1978) os profissionais de saúde devem estar atentos às crenças dos clientes, pois, por meio de suas crenças, pode-se detectar se as práticas de saúde são favoráveis ou não, pode-se compreender o que elas esperam receber de ajuda diante de suas crenças sobre nascimento, morte e cura.

A autora continua a refletir na idéia de que todas as culturas são cercadas por tabus e mitos, que são ações realizadas pelos indivíduos daquela cultura com o objetivo de evitar perigos para ele mesmo e para os outros membros, e que eles devem ser conhecidos pelos profissionais de saúde, pois existem assuntos sobre os quais é proibido se falar. Ela cita como exemplo algumas comunidades mexicanas e

americanas, onde as mulheres consideram que falar de sexo ou de “suas partes íntimas” é coisa proibida. Posso, então, concluir, com Leininger (1978), que as culturas orientam as percepções dos indivíduos sobre o ambiente, bem como as interpretações do que é perigoso.

A religião, também para Leininger (1991), serve de fonte para se observar se os serviços estão valorizando o cuidado humano. Alguns clientes, quando não são atendidos em suas necessidades religiosas, sentem-se desvalorizados, como também não compreendem o porquê de tal tratamento.

Temática V. Acompanhamento institucional

Categoria: O pré-natal

A evolução tecnológica na obstetrícia permite a realização de uma assistência pré e perinatal cada vez mais sofisticada, reduzindo ao mínimo os riscos maternos e fetais. Entretanto isto resultou, infelizmente, numa profunda dissociação dos aspectos somáticos em relação aos emocionais no atendimento obstétrico, cuja rotina convencional, tanto na gestação quanto no parto, com frequência, não satisfaz as necessidades emocionais da família.

No pré-natal da menina ninguém me falou como ia ser o parto, eles pesavam, mediam minha pressão, aí olhava a barriga, diziam que tava tudo bem e pronto e desse eu só fiz uma consulta, é muito difícil conseguir uma consulta de pré-natal você tem que dormir lá no posto (Dália).

Não fiz o pré-natal próximo a minha casa porque não tinha vaga, então fui fazer noutro canto. Comecei com uma doutora que conversava, me informava, perguntava as coisas, depois eu passei para outra que era chata, ele entrava já ia medindo a barriga não perguntava nada (Orquídea).

Não no pré-natal eles não conversam com a gente, só mede a barriga, escuta o bebê, pressão (Camélia).

No posto de saúde eu vi um quadro com o neném dentro da barriga da mãe, mas ninguém me explicou, Até hoje eu não sei como é (Violeta).

Eu fiz o pré-natal (três consultas), depois não fiz mais, me disseram que o Dr. ia sair da favela, ia para outro canto (Hortência).

Iniciei o pré-natal próximo a minha casa porém não deu muito certo, porque uma vez a doutora não foi, depois entrou de férias, então fui tentar em outro local (Azaléia).

Muitas mulheres enfrentam a gravidez de maneira perfeitamente adequada, com o apoio do marido e da família; outras necessitam de ajuda e, para estas, as aulas sobre parto, ministradas por profissionais de saúde especializados no assunto, são úteis por serem em geral planejadas de modo a instruírem a mulher

sobre a gravidez e a maternidade, dando-lhes oportunidade de refletir suas próprias dúvidas e de outras futuras mães.

Entretanto, o que foi encontrado é uma realidade totalmente diferente. Foi identificado um pré-natal que, na maioria das vezes, orienta muito pouco, quase não contribuindo na oferta de meios facilitadores para que as gestantes e seus componentes familiares enfrentem a gravidez com tranquilidade.

A Constituição brasileira assegura que a saúde é um direito de todos, porém, apesar disto, evidenciei nas falas das informantes um depoimento totalmente diferente: elas falam das dificuldades de encontrar fichas para marcação de consultas, da localização dos postos e da falta de compromisso dos profissionais. Logo, isto pode ser considerado como entraves, contribuindo para que a gestante não realize um pré-natal de maneira eficaz e não receba orientações necessárias para uma gravidez e parto tranquilos, pois gerou desestímulo para a continuidade.

Corroboro o pensamento de Nascimento *et al* (1997) de que, o desconhecimento, por parte das gestantes, dos sinais do verdadeiro trabalho de parto acarreta idas e vindas desnecessárias à maternidade; que aumentam o medo e a ansiedade, inerente, principalmente, ao início do trabalho de parto, desencadeando muitas vezes dificuldades no processo parturitivo. Além disso, podem justificar um circuito indevido da cliente em diferentes serviços assistenciais, principalmente porque não se conta com referência e contra-referência, e as diferentes procuras do serviço podem ocasionar descasos nas informações fornecidas as pacientes.

Outra consequência da desinformação, para a parturiente, é a desconfiança na qualidade do serviço prestado pela instituição, além do gasto de recursos financeiros por parte da parturiente e dos familiares, decorrentes do número de vezes que procura o serviço.

Portanto, a preparação para o parto no pré-natal deveria englobar o atendimento da gestante nas suas necessidades físicas, psicológicas e educacionais, valorizando as informações familiares positivas e desmistificando as negativas, com o objetivo de aliviar a ansiedade, superar dúvidas e temores e aumentar a segurança da gestante com relação ao parto.

É, portanto, de fundamental importância que a assistência à parturiente seja humanizada e competente, respeitando as crenças, os valores, e costumes da gestante a fim de reverter a imagem negativa sobre o parto e permitir que as mulheres vivenciem de forma mais feliz este processo.

Segundo Leininger (1978), o profissional de saúde deve fazer um estudo sistemático da cultura do cliente. Só com breves encontros não dá para assegurar-lhe a compreensão de seus comportamentos, é por meio da compreensão da cultura do cliente que o profissional de saúde poderá fornecer um cuidado humanizado.

Categoria: O parto na maternidade

Atualmente, pode-se observar que as mulheres não tem mais seus bebês em casa, o que normalmente acontecia em outras épocas. O parto foi institucionalizado, a profissão de parteira quase inexistente em algumas regiões e os profissionais de saúde se apropriaram do parto.

Pode-se evidenciar por meio das falas das informantes que, embora achando que na maternidade os profissionais de saúde, que as assistem, as deixam sofrer, elas percebem que a maternidade é o local ideal para terem seus filhos e que esta forma de assistir o parto é a correta. E isto acontece, de acordo com Collaço (2002), porque as mulheres têm como valor a idéia de que na maternidade elas estão seguras e, assim, o bebê não nasce em casa. Para elas, a maternidade estaria, com o cuidado profissional, capacitada para o nascimento, ao contrário do lar, da família, ou seja, ela compartilha de um valor atual de que a instituição maternidade é sinônimo de segurança.

Eu acho que se não tivesse ido para a maternidade eu tinha morrido, já fazia dois dias que eu sentia dor, não tinha mais força, se não fosse o Dr. colocar o soro e a outra empurrar (Hortência).

Eu acho que é melhor ter menino na maternidade tem mais recurso, já em casa não tem recurso de nada (Tulipa).

Deus me livre de ter menino em casa ter filho com quem sabe já é ruim imagina com quem não sabe (Orquídea).

Eu fui ter menino na maternidade porque eu acho que tem maternidade é para isso, quando a gente começa a sentir dor ir para lá. Eu não tenho medo de ir para a maternidade, lá a gente fica mais tranqüila, lá eles deixam a gente sofrer um pedacinho, mas eles não podem fazer nada para aliviar a dor que a gente esta passando (Camélia).

Eu fui para a maternidade porque lá tem as pessoas próprias para fazer o parto, já tem têm as próprias pessoas no caso os obstetras e em casa não tem ninguém (Violeta).

No dia em que fui ter menino quem fez meu parto foi uma aluna. Não tive medo, na hora a gente nem pensa que é um aluno que estava lá, quem estiver lá para ajudar está bom demais. Eu gosto de lá porque a gente não fica sozinha, os estudantes não deixam a gente sozinha (Dália).

Contudo, as instituições têm normas e rotinas a seguir na assistência ao parto que inibem as mulheres de expressar reações, como gritos no momento do parto e choro no nascimento do filho. Observei, durante o parto de uma das informantes, que ela só começou a olhar para o seu filho quando os funcionários do Centro Obstétrico saíram da sala de parto, deixando-a sozinha com ele.

A tendência inconsciente da obstetrícia parece ser a de despojar a mulher, na medida do possível, de sua participação consciente e ativa na hora de dar à luz um ser e de converter este processo em algo dirigido pelo profissional. Langer (1986) observa que esta tendência atual, que ela chama de antiinstitiva, está enraizada e todos podem observar quando se prescrevem comprimidos de vitaminas no lugar de verduras, mamadeiras no lugar dos seios.

De acordo com Gualda (1993), o nascimento no hospital acarreta uma substituição de rituais do processo de nascimento. Os aparatos tecnológicos incrementam o rito hospitalar, que é cada vez mais distante do processo de parir respeitoso com as crenças e valores da mulher.

Deste modo, o parto ocorrendo no espaço institucional pode facilitar ou dificultar o processo de parturição, na medida em que o ambiente seja confiável e acolhedor, respeitando seu modo de vida, ou frio e mecanicista. Uma das informantes em sua fala relata que gostou de ser atendida por uma estudante,

provavelmente porque a estudante tenha lhe oferecido um cuidado mais humano, pois o que normalmente se evidencia, por parte dos profissionais, é o atendimento das necessidades fisiológicas ao evoluir do parto, de forma rotineira, não havendo preocupação de se levar em conta a cultura e a visão de mundo da cliente e as diferenças comportamentais, visto que, para Laraia (2003), até mesmo a postura corporal é produto de uma herança cultural.

Já o parto domiciliar é matéria de controvérsias. As discussões estão em volta de segurança, liberdade de escolha, custo e satisfação da paciente, lembrando que o parto domiciliar precede o desenvolvimento da obstetrícia hospitalar, sendo o parto em maternidades uma prática contemporânea.

Eu não tinha coragem de ter em casa não Deus me livre não gosto nem de imaginar (Violeta).

Eu não teria coragem de ter em casa não quem é que iria cortar o cordão. (Camélia).

Eu não tinha coragem de ter o menino em casa, não ter ninguém para ajudar, para tá lá na hora, pode acontecer alguma coisa (Dália).

A obstetrícia, segundo Hosmer (2003), emergiu de uma visão de saúde pública, e não do modelo de ciência adotado pela Medicina. O foco laboratorial se volta para o indivíduo doente e sua cura biológica. O modelo de saúde pública dirige-se para a saúde da população e para a prevenção com uma abordagem biopsicológica.

Entretanto, com o surgimento das sulfas, penicilinas, uterolíticos, hidratação venosa, transfusão de sangue e a diminuição das infecções, concretizou-se a tendência de que o parto hospitalar era responsável por um melhor prognóstico, sendo conseqüentemente o parto domiciliar menos seguro, entretanto, como constatou Melo (1996), o que tornou o parto mais seguro foram esses fatores e não o local onde ocorre o nascimento.

Nas observações de Hosmer (2003), o parto domiciliar, quando planejado, demonstrou menor risco do que o parto hospitalar e o parto domiciliar não planejado, e que as mulheres, ao procurarem o parto domiciliar, são mais motivadas em relação às

suas atitudes diante da gravidez e parto, são independentes, são responsáveis e requerem poucas intervenções obstétricas, o que na atual cultura poderiam ser classificadas com irresponsáveis. Contudo, observou, ainda, que essas mulheres possuem uma idade mais avançada, são casadas, com um nível socioeconômico mais elevado e que, com autodeterminação, acreditam que podem influenciar o desenrolar de seu parto com a deambulação, hidroterapia, mudança de posição, alimentação, ingestão de líquidos, proximidade da família e amigos, roupas pessoais e música.

Todavia observei que as discussões a favor do parto hospitalar em detrimento do parto domiciliar contribuíram para que a mulher deixasse de confiar em sua força, em sua capacidade de ter seu filho e começasse a acreditar que ajuda tem que vir de fora.

Outro fator que fez a mulher ir em busca do parto hospitalar foi à cesariana. A mulher, segundo Câmara *et al* (2000), preocupada com a estética de conservação da anatomia perivulvar, o medo excessivo da dor e o conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que a cesárea, opta então pela cesariana.

O primeiro relato de cesariana em parturiente viva, segundo Rezende (2002), foi realizado na Suíça por Jacob Nufer, um criador de porcos, em sua esposa no ano de 1500, porém, de acordo com Riesco (1998), somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira, juntamente com a consolidação da instituição médica sobre o processo reprodutivo.

Na história da maioria dos povos, há registro do predomínio da participação feminina no parto. Alguns autores, de acordo com Riesco (1998) consideram que a invenção do fórceps, no final do século XVI, alterou o modelo de assistência obstétrica, que até então favorecia uma postura predominantemente de expectante. A noção de que era possível controlar o nascimento, então, começou a se firmar na consciência popular.

Contudo, ainda em 1878, uma mulher inglesa aumentava em seis vezes sua chance de morrer se tivesse seu filho em um hospital. O estímulo para que os partos fossem realizados em hospitais veio, sobretudo, da necessidade de fornecer

treinamento aos estudantes de Medicina, e somente as mulheres mais pobres utilizavam estes serviços.

No Brasil, de acordo com Câmara *et al* (2000) iniciou-se essa prática com a inauguração das escolas de Medicina na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808, que desde sua constituição centraram seus estudos no parto e posteriormente na gravidez, com um enfoque na Anatomia patológica.

Oficialmente, segundo Riesco (1998), a ênfase sempre foi em aumentar o número de obstetras e expandir seu campo de trabalho, no qual o principal argumento era o homicídio infantil prática de que as parteiras eram acusadas de cumplicidade, e, com isso, a figura da parteira foi quase eliminada.

Entretanto, acredito, em conformidade com Câmara *et al* (2000), que os aspectos sociais tais como o nível socioeconômico, o acesso à educação, à informação e aos serviços de saúde no qual os fatores culturais são transmitidos, mas que se modificam em cada sociedade e com o decorrer do tempo, interferem ou até mesmo determinam a afinidade que a mulher terá em relação ao parto normal e a cesariana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da Etnografia, especialmente a Etnoenfermagem, permitiu-me maior aproximação com as parturientes, com o seu modo de vida, com os seus valores, com suas crenças, e com a sua visão de mundo e assim me aproximar da compreensão dos fatores que interferem no seu comportamento.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, por meio do seu Modelo Sunrise, fez-me perceber que o parto não é um ato isolado, fechado nele mesmo, porém que uma série de fatores imbricados e interligados irão construir o momento do parto e que não se pode compreender o comportamento da parturiente olhando-a somente no momento em que se encontra no Centro Obstétrico. Há de se buscar a visualização do ambiente em que se desenvolveu a gestação, em que momento de vida se encontravam a mulher e seu companheiro, e qual a preocupação maior da parturiente naquele momento.

Essas reflexões surgiram a partir das conversas, minhas com as informantes, no seu contexto ambiental, que me ensinaram apreender sua visão do parto, como a mulher se compreende participante do processo parturitivo, qual o cuidado que ela espera obter dos profissionais que a irão assistir e o que acredita que esses profissionais esperam de seu comportamento.

O papel da família e dos amigos como fonte de informação, de apoio em todos os momentos da gestação, parto e puerpério, foi visível. Na família se compartilha momentos de alegria, mas também momentos de tensão e de incompreensão. É na família que encontrei o companheiro que apóia a gestação, o que não desejava a gravidez naquele momento e o que não se sentia responsável pela gravidez, deixando a mulher assumir mais esta responsabilidade, sendo esse um comportamento nos homens muito freqüente no ambiente cultural.

Os meios de comunicação, presentes no círculo familiar, provocaram mudanças em seus valores e costumes que se fizeram acompanhar de mudança de comportamento afetando a vida das pessoas, trazendo indicadores de aumento de conflitos, como também ocasionando novos modos e atitudes diante do parto.

A escola também tem uma contribuição importante na gravidez, quando, em conjunto com a família, se torna um ambiente responsável pela construção do conhecimento e pela formação da cidadania. A escola foi evidenciada como um local de socialização e a escolaridade como fator importante no fornecimento de subsídios importantes de como se conduzir as orientações na assistência no planejamento familiar, no pré-natal e no parto. A falta de conhecimento sobre o funcionamento do corpo e dos métodos contraceptivos pode levar a gravidezes não planejadas e pode determinar nas parturientes um comportamento em que ela se submeta a imposições e condutas dos profissionais de saúde que as atendam, sem terem condições de perguntar, questionar e manifestar seus desejos.

O pré-natal foi tido como atendimento massificante, impessoal e frio, exigindo uma nova postura dos profissionais de saúde, devendo ser um espaço para discussão e orientação, além das explicações óbvias de normas e técnicas, onde os aspectos psíquicos e as experiências das gestantes e seus familiares devem ser levados em consideração; a gestante deve ser compreendida e atendida em seus anseios e carências, sejam eles fisiológicos, psicológicos ou educacionais, significando uma melhoria direta na qualidade de vida da mulher.

A sofisticação da prática obstétrica, com o uso das tecnologias, tornou-a mecanizada e massificada, acrescida da infinidade de procedimentos utilizados desde a gravidez, atuando, às vezes, desfavoravelmente, na mulher, tornando-a insegura e ansiosa, prejudicando o trabalho de parto.

Junta-se aos fatores acima o contexto ambiental, local de ocorrência do parto, quando a mulher se encontra com outras parturientes, os gritos, o que torna uma situação desfavorável para que o parto transcorra de uma maneira tranqüila. Contudo as mulheres percebem a maternidade como o local em que devem ter seus filhos, que está pronta para atendê-las no momento do parto, mesmo que a assistência não venha ao encontro de suas expectativas.

A sensação de dor referida pela parturiente deve ser respeitada de acordo com seus limites, pois, para a maioria das mulheres, o parto é sinônimo de dor e de sofrimento e envolve necessidade de ajuda, de apoio e de confiança nas pessoas que dela cuidam.

A Enfermagem, portanto, deve manter com a mulher uma relação de ajuda, tendo em mente o objetivo materno, e adotar uma atitude de fortalecimento da habilidade da parturiente para que essa possa atuar eficaz e satisfatoriamente durante o trabalho de parto e parto.

Acredito que novas políticas devam ser implantadas, pois elas têm uma grande responsabilidade, tanto na assistência à mulher no planejamento familiar, no pré-natal, quanto nas maternidades não atendendo as necessidades biopsicossociais, visto que o atendimento ainda é centrado no biológico, no modelo biomédico de saúde/doença. Este quadro sugere mudanças na melhoria de assistência ao parto e na sua humanização, de onde concluo que esta realidade tem que ser reestruturada, com o atendimento centralizado no ser humano com suas crenças e valores.

A enfermeira deve assumir a responsabilidade de transformar a realidade não impondo, mas valorizando, respeitando as lições que as mulheres trazem de sua cultura. Através da busca contínua do conhecimento, podemos apreender, analisar e compreender o cotidiano e as implicações do que fazemos de forma mais contextualizada.

Proponho que se pense em uma assistência baseada nos valores culturais, respeitando as práticas de saúde das mulheres e seus componentes familiares, a fim de que as verdadeiras necessidades sejam atendidas, buscando um cuidado cultural não só à mãe e ao filho, como também à família, partilhando os medos, as angústias e as realizações, lembrando sempre que a enfermeira tem um grande papel a cumprir intervindo diretamente à parturiente no pré-parto e sala de parto, na assistência ao parto normal.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J.G.; OLIVEIRA, F.C. O parto natural. In: FONTES, J.A.S. **Perinatologia social**. São Paulo. Fundo Editorial Byk Prociencx, 1984. Cap. 42. p.309- 406.
- ARPINI, D.M. ;QUINTANA, A. M. Família substituta: experiências vividas por adolescentes de grupos populares e suas conflitivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.2, p.455-58, 1999.
- BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. 2. ed. São Paulo: Ground, 1993. 317p.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Relações familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p.229-324, 1999.
- _____. Aproximações teóricas e conceituais de família e violência no final do século XX. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p. 211-19, 1999.
- BÍBLIA SAGRADA. Tradução dos originais mediante a versão dos Monges de Maredsous (Bélgica) pelo Centro Bíblico Católico. 24. ed. São Paulo: Ave Maria Ltda, 1991.
- BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Petrópolis: Vozes, 2001. 206p.
- BOHAY, I. Z. Culture care meanings and experiences of pregnancy and childbirth of ukrainians. In; LEININGER, M. L. **Culture care diversity of universality**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- BOLSANELLO, A. **Análise do comportamento humano em Psicologia: conselhos**. Curitiba: PR: Educacional Brasileira, 1993.
- BRANDÃO, M. B. Aspectos psicológicos no ciclo grávido- puerperal. **Femina**. Rio de Janeiro, v.16, n.6, p 504-508, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município**. Brasília: Unicef / Casems / OPAS, 1996.
- BRÜGGERMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E., ZAMPIERRE, F. M.; BRÜGGERMANN, O. M.(org). **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Santa Catarina: Cidade Futura, 2001. 144p..
- BURROUGHS, A. Alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto (parte IV). In: **Uma introdução à enfermagem materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 173- 182.
- CALDEIRO BARCIA, R.; BALLEJO, G.; POSEIRO, J. J. Período expulsivo. **Femina**. Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.440, 1982.

- CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. Fatores culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de Enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enferm.** (On line) Goiânia, v.2, n.2, jan/ jun. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 10 dez 2003.
- CAPPELLATO, M. H. C. **As ciências do comportamento: uma interpretação.** São Paulo:Atlas, 1975.
- CENTA, M.L. Refletindo sobre a simples e complexa trajetória de nascer. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 50-5, 1998.
- CHAGAS, M. I. O. **Gestação e Trabalho: Alegria e sofrimento - um enfoque cultural.** Fortaleza, 2000.104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.
- COLLAÇO, V. S. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural do processo de parir.**Florianópolis: Cidade Futura, 2002.264p.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Resolução n. 196, de outubro de 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa em Seres Humanos. Bioética, Brasília, v.4, n.2, p.15-25, 1996.
- COSLOVSKY, S.; GELLER, S. Gravidez: aspectos psicológicos. **GO Atual.** Rio de Janeiro, a. 5, n.10, 1996.
- CRITELLI, D. M. **Educação e dominação cultural: tentativa de reflexão ontológica.** São Paulo: Cortez, 1981.92p.
- DAMASCENO, M. V. e col. **Educação e escola no campo.** Campinas: Papyrus, 1993, 251p.
- FERNANDES, G. F. M.; VAZ, M. R. C. Processo de Avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v.8, n.2, p.106-21, 1999.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 25 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993, 150p.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro:LTC, 1989, 323p.
- GÓES, A. R. R. & PAIVA, M. S. Enfermagem Perinatal. In: FONTES, J. A. S.: **Perinatologia Social.** São Paulo: Byk Prociencx, 1984.
- GUALDA, D. M. R. **Eu conheço a minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto.** São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Coordenação de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- GUIMARÃES, A. M. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre os anticoncepcionais. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.11, n.3, p. 293-8, 2003.
- GURGEL, A. H.; CRUZ, N. L.; FERNANDES, A. F.C. & SILVA, R. M. Fenômeno da dor no trabalho de parto. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.10, n.1/2, p. 95 – 105, 1997.
- HENRIQUE, M; MARQUES, R; CECÍLIO, M. A gravidez ao longo dos tempos. **Nursing**, a.10, n.118, 1998.
- HERMET, G. **Cultura e desenvolvimento**. JOSCELYNE, V.L.M.(trad.) Petrópolis: Vozes, 2002. 204p.
- HOSMER, L. Parto em casa. **Pediatr. Atual**, v. 16,n.4, abril/ 2003.
- JUNQUEIRA, S.M. **Sentimentos, percepções e necessidades da parturiente na sala de parto**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1987.
- IBGE 2000- Censo Demográfico Disponível na internet em : <<http://www.sidra.ibge.gov.br/egi-bin/prtab>>. Acesso em: 20 set. 2003.
- KITZINGER, S. **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.
- LANDIM, F.P.L. **Famílias mutirantes: cultura de sobrevivência e cuidado com a saúde**. Fortaleza, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.
- LANGDON, E. J. **Conceito de Cultura**. Florianópolis, 1991,8p.
- LANGER, M. **Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 266p.
- LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 116p.
- LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: Wiky & Sons, 1978.530p.
- _____ **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**, New York: National League for Nursing, 1991. 432p.
- LIMA, C. M. G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, J.; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando uma compreensão. **Rev. Latininoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, 1996.
- LUIS, M. A. V. Considerações sobre o relacionamento conjugal da mulher grávida. **Rev. Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n.20, p.125-142, 1986.
- MACY, C.; FALKER, F. **Gravidez e parto: prazeres e problemas**. São Paulo. Harper& Row do Brasil LTDA, 1981.126p.

- MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 230p.
- MEIRIGHI, M. A. B. Reflexões sobre a qualidade da assistência de Enfermagem à mulher no período gravídico- puerperal. **Rev. Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 253-258, 1998.
- MELO, A. S. **Assim nasce o homem filosofia do parto e da amamentação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A, 1996. 385p.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 80p.
- MIOTO, R. C. T. Famílias hoje: o começo da conversa. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p. 211-19, 1999.
- MORAES, N. A. **Saúde no Brasil 1984-1988: políticas e discursos**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários á educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001, 115p.
- MURARO, R. M. et al. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1993, 251p.
- NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. O significado do parto na visão de casais grávidos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.47, n. 2, p.118-123, 1994.
- NASCIMENTO, P.; SANTOS, O. M. B.; SOUZA, M. L. Vivenciando o processo do nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**.. Florianópolis, v.6, n.1, jan./ abr., 1997.
- NOE, A. **Antropomodernismo: a relação educação e sociedade**. Disponível em: <<http://www.albertonenoe@iron.com.br>>. Acesso em: 10 dez 2003.
- OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.49, n.4, p. 569-580, 1996.
- ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Saraiva, 2000. 230p.
- _____ **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002, 133p.
- O'DWYER, E. J. Parir, partir, partilhar. **Femina**. V. 28, n.9. p.513, 2000.
- OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. G.; MIYA, C. F. R.; VIDOTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latinoam. Enfermagem**. v.5, n.10. p. 667-674, 2002.
- OLIVEIRA, Z. M. L. P. e MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Escola Enfermagem da USP**, v. 36, nº2, p133-140, 2002.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (O.M.S). **Maternidade segura**: assistência ao parto normal- um guia prático. Genebra, 1996. 53p.
- OSAVA, R. H. Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde. **Nursing**, v.57, n.6, 2003.
- PAPALEO, C. C. **Aborto e contracepção: atualidade e complexidade da questão**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- PATRICIO, Z. M.; LOEFFLER, C. I. ; ANDRADE, T. Nas representações de meninas sobre sexualidade – reprodução a construção do ser mulher e do ser homem. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.1, n.1, p. 198-217, 1997.
- PEIXOTO, C. G.; SOUZA, M. L.; COELHO, B. S. ; BOTELHO, L. J. Um olhar acerca das mulheres em Santa Catarina. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.1, n.1, p. 92-103, 1997.
- PINTO, C. M. S.; ROCHA, E. A.; SILVA, M. J. P. O toque como elemento de comunicação parturiente/ enfermeiro obstetra durante a assistência no pré- natal. **Nursing**, a. 5, n. 47,p.31-34, 2002.
- PORTO, F.; NASCIMENTO, M, A. L. O parto como noticia veiculada na mídia escrita: uma contribuição na discussão sobre o enfermeiro obstetra realizar o parto. **Rev. Escola Anna Nery Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p. 501-513, 2002.
- REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- _____ **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.
- REZENDE, J. M. **Linguagem médica**. 2 ed. Goiás: CEGRAF, 2002. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br./jmrezende>>. Acesso em: 10 dez 2003
- RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Rev.Latinoam. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, n.2, p13-15, 1998.
- ROCKWELL, E. Etnografia teoria na pesquisa educacional. In: ZPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, L. C. E; BONILHA, A. L. L. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. **Rev.Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. V.21, n.2, p. 87-109, 2000.
- SILVEIRA, I. P. **Partejar- A enfermeira e a humanização do cuidado de Enfermagem**. 2003. 81p. Dissertação (Mestre em Enfermagem)- Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.
- SILVEIRA, R. S.; LUNARD, V. L. O conhecimento de si como possibilidade para transformação de si e do coletivo. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.52,n.4, p. 514-519, 1999.
- SIMÕES, S. M. F. **O ser parturiente**: um enfoque vivencial. Niterói: EDUFF, 1998. 121p.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. TODOROV, J. C. e AZZI, R. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 420p.

SOFIER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 124p.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec, 1995.

TROTTO, M. R. N. Gravidez, parto, puerpério: uma abordagem psicossomática. **Femina**, v.17, n. 9, p 773-779, 1989.

VIEIRA, L. J. E. S. e BARROSO, M. G. T. Ambiente de Trabalho da enfermagem: espaço para a pesquisa etnográfica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.11, n.3, p64-71, set/dez 2002.

WISNKIN, Y. **A nova comunicação da teoria do trabalho de campo**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1998.

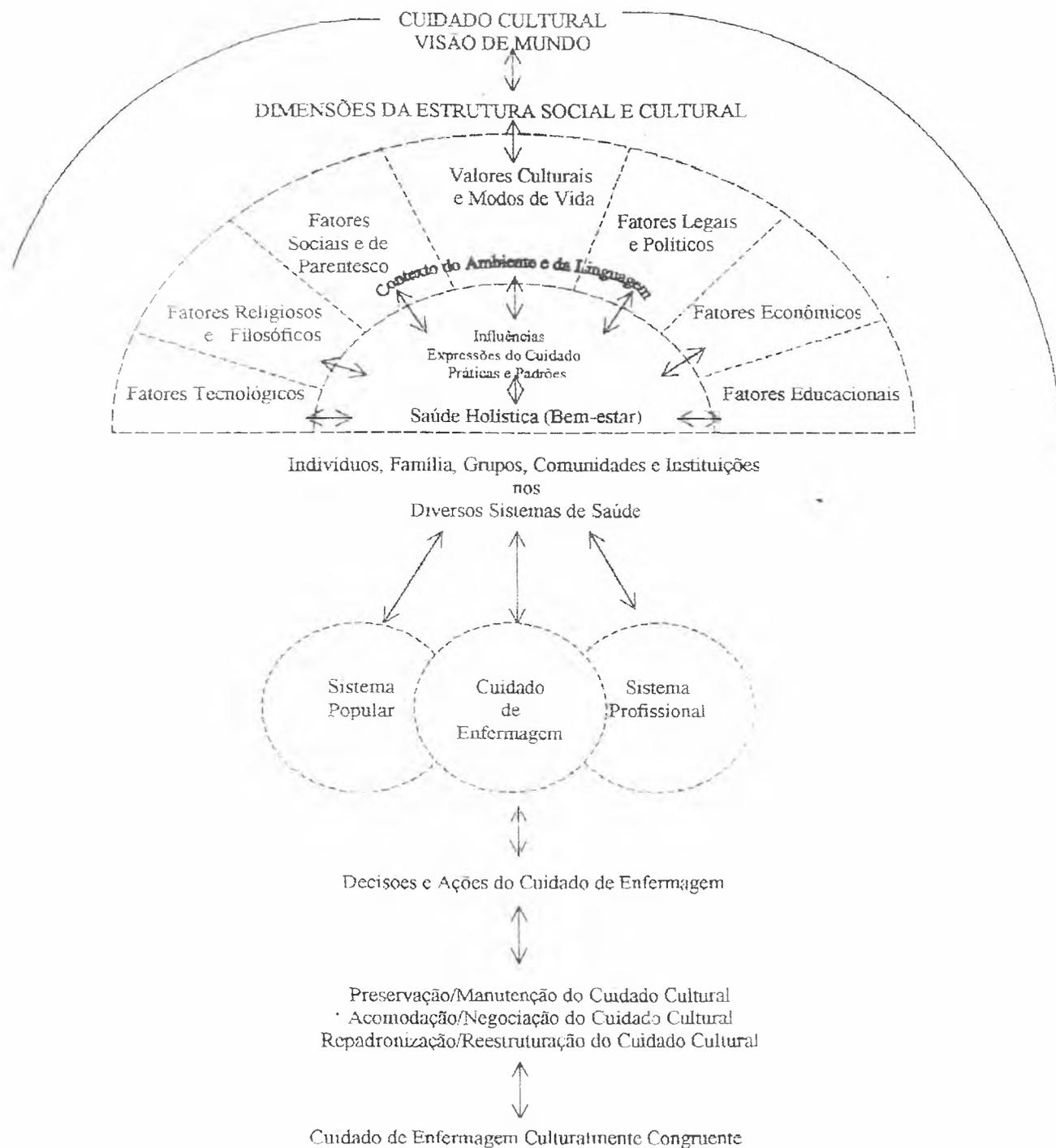
XIMENES, L. B. **Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua historia**. Fortaleza, 2001, 146p. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

ZIEGEL, E; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p.18-22.

ANEXOS

ANEXO A

DELO DE SUNRISE DA TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL



Código ↔ Influências

(Fonte: Leininger 1991:43)

* Guia Facilitador de Leininger: de estranho para amigo confiável.

O propósito deste facilitador é capacitar o pesquisador (ou pode ser usado por um clínico) a sair de uma situação de estranho não-confiável para um de amigo confiável a fim de obter dados autênticos e dignos de crédito (ou estabelecer relações favoráveis com um clínico). O usuário se aproxima dele ao refletir nos indicadores à medida em que ele sai da situação de estranho para amigo.

Indicadores de estranho (Em grande parte etic ou visão do estranho)	Dados Observados	Indicadores de amigo confiável (Em grande parte emic ou visão do confidente)	Dados Observados
<p>Informante(s) ou pessoas são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Propensos a protegerem a si mesmas e aos outros. Eles são "vigias" e guardiães contra intrusos. Desconfiados e questionadores. 2. Propensos a observar e são atentos ao que o pesquisador faz e diz. Sinais limitados de confiança ao pesquisador ou estranho. 3. Céticos sobre os motivos e trabalhos do pesquisador. Podem perguntar como as descobertas serão usadas pelo pesquisador ou estranho. 4. Relutantes a dividir segredos e visões culturais como conhecimento particular. Profetores do modo de vida local, valores e crenças. Não gostam de serem sondados pelo pesquisador ou estranho. 5. Relutantes em se tornarem amigo ou confidenciar com o estranho. Podem chegar atrasado, não comparecer e algumas vezes retirar-se da presença do pesquisador. 6. Tendenciosos a oferecer dados imprecisos: modificam "verdades" para proteger a si, sua família, comunidade e modos de vida culturais. Valores emic crenças e práticas não são divididas espontaneamente. <p>* Desenvolvido e usado desde 1959: Leininger</p>		<p>Informante(s) ou pessoas são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos propensos a protegerem-se. Mais confiantes nos pesquisadores (seus "vigias" não são tão atentos). Menos desconfiados e menos questionadores com os pesquisadores. 2. Menos observadores das palavras e ações do pesquisador. Mais sinais de confiança e aceitação quanto ao novo amigo. 3. Menos questionadores dos motivos, trabalho e comportamento do pesquisador. Sinais de cooperar e ajudar o pesquisador como um amigo. 4. Dispostos a compartilhar segredos culturais e informações e experiências do mundo particular. Fornecem a maioria da visões locais, valores e interpretações de maneira espontânea ou sem questionamentos. 5. Mais abertos, externando conforto, desfrutando de amigos e dividindo amizades. Fornecem presença, no tempo, e dão evidências de que está sendo um " genuíno amigo". 6. Opinadores de "verdades" para serem objetivos com relação a opiniões, pessoas, valores e modos de vida. Explicam e interpretam as idéias emic de tal maneira que o pesquisador tenha dados corretos. 	

ANEXO C

NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DA CLIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND.

NORMAS:

Toda parturiente que estiver no Centro de Parto Normal, deverá ser verificada sinais vitais, de acordo com prescrição médica e de enfermagem.

Realizar identificação da mãe e do filho no impresso próprio (nascidos vivos) e anexar ao prontuário da mãe.

Encaminhar a puerperal para o alojamento conjunto em cadeira de roda ou maca de acordo com o estado da mesma.

Em caso de óbito, solicitar atestado de óbito ao plantonista e proceder aos cuidados com o corpo do feto; identificar; pesar, e medir. Fazer o pacote e encaminhar ao velório.

Caso o bebê seja encaminhado a uma unidade de risco, a mãe deverá ser encaminhada ao puerpério com um crachá, indicando a unidade de Neonatologia em que o bebê se encontra.

ROTINAS:

Recebe a parturiente, cumprimentando-a com bom dia, boa tarde ou boa noite.

Chama a cliente pelo nome.

Encaminha ao seu leito.

Escreve o seu nome no leito identificando-a.

Orienta sobre higiene, banho de chuveiro.

Oferece apoio afetivo.

Orienta sobre a liberdade de posições e movimento.

Incentiva deambulação.

Proporciona ambiente calmo.

Oferece música suave, com variedades.

Observa o partograma, acompanhando a evolução do trabalho de parto.

Verifica a ausculta fetal.

Dar informações de como está o trabalho de parto da gestante.

Orienta a parturiente em relação ao relaxamento: como utilizar a bola de borracha, o cavalinho e o puff.

Realiza o parto normal e humanizado sem distorcia.

Realiza estimulação precoce: toque terapêutico e massagens na região lombo sacra e costas para aliviar o desconforto.

Zela pela privacidade da cliente, não a deixando exposta.

Elabora plano de cuidado de enfermagem.

Avalia a parturiente registrando o que foi detectado, no impresso próprio de enfermagem.

Comunica ao plantonista, alterações que venham a ocorrer e que não possam ser solucionadas pela enfermagem.

Observa o estado geral do RN e avalia APGAR do 1º minuto.

Entrega o RN a mãe com pulseira de identificação proporcionando contato imediato.

Incentiva o aleitamento materno.

Acompanha a parturiente até o 4º período.

Realiza episiorrafia quando necessário.

Verifica sinais vitais e registra no prontuário.

Mantém um bom relacionamento com os demais serviços do hospital.

Orienta e avalia funcionários que estão sob sua responsabilidade.

Acompanham treinamentos de auxiliares, técnicos, acadêmicos de enfermagem e enfermeiros.

Participa diariamente da passagem de plantão.

Toma conhecimento da evolução do serviço.

Atende as convocações superiores.

Cuida e conserva o material.

Cumpre as prescrições médicas.

Respeita a privacidade das clientes fechando as cortinas por ocasião dos procedimentos.

Abaixa as pernas das parturientes após o parto.

Verifica os sinais vitais de 06 em 06 horas ou de acordo com a necessidade da parturiente.

Realiza o balanço hídrico para a parturiente balanço hídrico em gestantes com DHEG, e outros que necessitam de controle, de acordo com a prescrição médica e de enfermagem.

Monta a mesa de parto: abre pacote de parto, campos estéreis.

Retira todo material após o parto. Coloca material para episiorrafia, se necessário.

Registra no partograma a hora do parto, sexo e Apgar.

Solicita colheita de sangue do cordão umbilical, em caso de mães RH negativo, e entrega na sala de neonatologia para que seja encaminhada ao laboratório.

Verifica sinais vitais após o parto e registra no prontuário.

Administra medicação prescrita, checando-a.

Solicita do médico o preenchimento correto dos vários impressos, atestado de óbito, necropsia.

Preenche atentamente a declaração dos nascidos vivos.

ANEXO D

PESQUISA : EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELAS PARTURIENTES: ENFOQUE SOCIO CULTURAL

Eu _____
RG nº _____, abaixo assinado(a), fui devidamente esclarecido(a), pela pesquisadora sobre o estudo, a ser realizado nesta instituição e em minha residência, intitulado: Experiências vivenciadas pelas parturientes: enfoque socio cultural. Tendo como objetivo: investigar os fatores que interferem nas experiências vivenciadas pelas mulheres em trabalho de parto e parto. Tenho consciência de que esta pesquisa será importante para a compreensão do comportamento das parturientes afim de que no futuro se possa oferecer um cuidado humanizado as parturientes nos Centros Obstétricos. Terei acesso aos dados, ficando garantido a minha pessoa o anonimato e sigilo das informações, tenho liberdade para retirar-me da pesquisa a qualquer momento do estudo caso seja esse o meu desejo. A coleta de dados será realizada no período de junho a agosto de 2003, e incluirá uma observação direcionada ao comportamento da parturiente. A escolha da parturiente se fará no setor de Internação, porem a observação prosseguirá no Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e finalmente em suas residências. As impressões e a dinâmica dos setores de Internação, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e de suas residências serão registradas em um diário de campo e um roteiro de observação, a fim de buscar a relação entre o ambiente e as respostas comportamentais emitidas pela parturiente. Isso se fará necessário, para que seja analisada com maior profundidade o comportamento das parturientes e os fatores influenciadores deste comportamento. Será realizada uma entrevista semi-estruturada com as parturientes participantes do estudo, quando se deverá abordar sobre o parto. A entrevista será gravada e transcrita em sua integra pela pesquisadora e posteriormente levada ao conhecimento da parturiente, que neste momento será puérpera, para que se possa validar ou não os resultados. Durante todo o estudo a pesquisadora também estará anotando em diário de campo as opiniões das pessoas mais próximas das parturientes (mãe, companheiro, parentes, amigos e filhos) e estes receberão a denominação de informantes gerais.

Assinatura do informante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: __/__/____

Pesquisadora: Maria Gorette Andrade Bezerra.
End. Rua Rodrigues de Andrade, 126
Bairro: Demócrito Rocha
Fone: 2252129 e email: gorette_bezerra@unifor.br

Descrever o modo como a pessoa orientou a parturiente _____

Como se encontrava a parturiente durante todo o período do trabalho de parto _____

Hora do parto: _____

Que profissional realizou o parto _____

Quem se encontrava na sala de parto: _____

Como estava a parturiente na hora do parto _____

Hora em que a puérpera foi encaminhada ao Alojamento Conjunto _____

Como se encontrava a puérpera ao ser encaminhada ao Alojamento Conjunto



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 169/03

Fortaleza, 05 de junho de 2003

Protocolo COMEPE n° 91/03

Investigador responsável: Maria Gorette Andrade Bezerra

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "O comportamento da parturiente: um enfoque cultural"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, n 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 29 de maio de 2003.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/ADJUC/UFCE