

Fatores interferentes no comportamento das parturientes:
enfoque na Etnoenfermagem

Factors that interfere in the parturient women's behavior: focus on Etnonursing

*Factores que interfieren en el comportamiento de las parturientas:
enfoque en la Etnoenfermería*

Maria Gorette Andrade Bezerra

Enfermeira. Mestre em Enfermagem Clínico-cirúrgica/UFC. Docente da Universidade de Fortaleza. Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Membro do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC.

Endereço para Correspondência

Av. Gal. Osório de Paiva, 857, Apto. 812 B, Parangaba. - Fortaleza - CE.

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Enfermeira. Doutora em Enfermagem/UFC. Professora Adjunto do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC. cardoso@ufc.br

RESUMO

O estudo objetivou compreender o comportamento das gestantes em trabalho de parto e parto. Participaram sete parturientes que tiveram filhos por parto normal, em uma maternidade pública de Fortaleza-Ceará. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho, julho e agosto de 2003. O método de pesquisa utilizado para a coleta e análise dos dados foi a etnosenfermagem. Os dados investigados nos mostraram através das categorias: vivenciando uma gravidez e assistência na maternidade. Concluímos que são vários os fatores que subsidiam o comportamento da mulher na vivência do trabalho de parto e parto e que a assistência dos profissionais de saúde deve estar sempre voltada para o cuidado humanístico unindo o saber cultural ao científico.

Descritores: Trabalho de parto, Teoria de Enfermagem, Cultura.

ABSTRACT

This study aimed to understand the behavior of pregnant women in labor and delivery. Seven parturient women who had their children through normal delivery in a public maternity in Fortaleza, Ceará. Data collection was carried out in June to August, 2003. The research method used for the collection and analysis of data was the ethnonursing. The data studied showed us through the categories: experiencing pregnancy and assistance in the maternity. We concluded that there are several factors that justify the woman's behavior during the experience of labor and delivery and that the health professionals' assistance should be always aimed at the humanistic care linking cultural and scientific knowledge.

Descriptors: Labor, obstetric, Nursing Theory, Culture.

RESUMEN

El estudio objetivó comprender el comportamiento de las embarazadas en trabajo de parto y parto. Participaron siete parturientas que tuvieron hijos por parto normal, en una maternidad pública de Fortaleza-Ceará. La colecta de datos ocurrió en los meses de junio, julio y agosto de 2003. El método de investigación utilizado para la colecta y análisis de los datos fue la etnosenfermería. Los datos investigados nos mostraron a través de las categorías: viviendo un embarazo y asistencia en la maternidad. Concluimos que son varios los factores que subsidian el comportamiento de la mujer en la vivencia del trabajo de parto y parto y que la asistencia de los profesionales de salud debe estar siempre vuelta para el cuidado humanístico añadiendo el saber cultural al científico.

Descriptorios: Parto, Teoría de Enfermería, Cultura.

Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores interferentes no comportamento de parturientes: enfoque na Etnosenfermagem. Rev Bras Enferm 2005 nov-dez; 58(6):698-702.

1. INTRODUÇÃO

Em nossa vivência diária com as mulheres, durante o processo parturitivo, chamou-nos a atenção o comportamento de algumas, da maneira como participavam do trabalho de parto. Observávamos que algumas parturientes deixavam-se conduzir, permaneciam caladas em seus leitos, 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.

Encontramos nas leituras a informação de que as civilizações antigas seguiam vários rituais durante o trabalho de parto e parto, e as gestantes concordavam e participavam de tais cerimônias. Os partos eram assistidos por mulheres da comunidade, por seus companheiros ou, na maioria das vezes, as gestantes tinham filhos sozinhas⁽¹⁾.

Em nossa trajetória, pudemos evidenciar que, atualmente, 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. 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, influenciará nas suas atitudes⁽²⁾.

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. Na sociedade atual, entretanto, a mulher é preparada para ter dor, pois desde a infância escuta sua mãe, seus parentes e seus amigos falarem dos sofrimentos da parturição, criando-se, desta forma, medo do parto⁽³⁾.

Assim, percebemos que a cultura dos povos influencia o ato parturitivo e permeia a história da humanidade. 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⁽⁴⁾. 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⁽³⁾. Em outras culturas, por exemplo, entre os índios Samoas, é hábito não gritar e não se desesperar, o que é considerado um bom sinal⁽³⁾.

Diante do exposto e por conviver com parturientes em sala de parto, sentimos a necessidade de aprofundar nosso conhecimento sobre o comportamento das mesmas e, realizar este estudo o qual objetivou investigar quais os fatores determinantes do comportamento das parturientes. Ressaltamos que foi valorizado o contexto sociocultural em que as gestantes estão inseridas, visto que os autores, em sua maioria, consideram este fator um determinante essencial deste comportamento. Logo, ao compreendemos tal situação, esperamos ajudá-las a enfrentar o trabalho de parto e o parto com o intuito de colaborar para que esta experiência possa ser positiva nesse momento de sua história.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando o método da etnoenfermagem desenvolvido por Madeleine Leininger⁽⁵⁾. Entre as várias teóricas de Enfermagem, foi quem melhor identificou o contexto cultural como condicionante do comportamento dos indivíduos. Desenvolveu o método da etnoenfermagem com o objetivo de auxiliar os enfermeiros a documentar sistematicamente o modo de vida das pessoas, obtendo desta forma compreensão maior das suas experiências de vida relacionadas aos cuidados humanos, saúde e bem-estar, em diferentes ou iguais contextos ambientais.

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.

Leininger⁽⁵⁾, que fundamenta este estudo refere que, na etnografia focalizada, a enfermeira pode estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes. O que importa para ela não é o número de informantes e sim o significado dos depoimentos. Foram necessários, nesse estudo, 07 (sete) informantes-chave (ou 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.

O cenário do estudo foi uma maternidade pública vinculada à Universidade Federal do Ceará e os domicílios das informantes.

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho, julho e agosto de 2003. Utilizamos o método da etnoenfermagem em concomitância com 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-nos a compreender o cotidiano das informantes-chaves envolvidas na pesquisa, direcionando as etapas da coleta de dados.

Utilizamos, também, um roteiro com alguns aspectos, como o comportamento da gestante durante o trabalho de parto e parto, a assistência dos profissionais antes e durante o parto, com o objetivo de orientar nossa observação na Unidade de Internação e Centro Obstétrico, uma entrevista semi- estruturada, gravada e transcrita por nós em sua íntegra, e um diário de campo, no qual anotamos as observações não contempladas no roteiro.

A análise dos dados seguiu o modelo da etnoenfermagem que utiliza 4 fases: relação dos dados coletados, descritos e documentados; identificação e classificação dos descritores componentes; análise do padrão contextual; e temas principais.

Em todas as etapas da pesquisa os preceitos éticos foram respeitados, conforme a Resolução 196, de 10/ 10/ 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, por meio do ofício número 169/03, protocolizado sob o número 91/03, de 26 de maio de 2003.

Foi elaborado um Termo de Consentimento e Explicação sobre a pesquisa, onde ficou registrado que as informantes-chaves e gerais tinham liberdade para desistirem de participar da pesquisa em qualquer momento. As pesquisadoras re-nomearam os informantes com nomes fictícios, garantindo-lhes deste modo o anonimato.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de atender o objetivo proposto pelo estudo, procuramos compreender o significado dos resultados que estavam sendo encontrados. As informações relativas aos valores, crenças e práticas culturais, vivenciadas pelas informantes que fizeram parte deste estudo, foram agrupados em cinco categorias, contudo, neste trabalho, vamos abordar as categorias "Vivenciando a gravidez" e "Assistência nas instituições", pois o mesmo é um recorte da Dissertação de Mestrado⁽⁶⁾.

Categoria "vivenciando a gravidez"

Ao conversar com as informantes, percebemos que consideram o estado gravídico responsável por uma série de acontecimentos que envolvem sua maneira de comportar-se. Então, resolvemos analisar esta categoria com detalhamento, assim subdividida: os fatores metabólicos e sociais como determinantes do comportamento da gestante, a não-participação do companheiro na gravidez e gravidez não planejada.

Subcategoria "os fatores metabólicos e sociais como determinantes do comportamento da gestante"

No ciclo vital feminino, há três períodos tidos como críticos e de transição que fazem parte das fases do desenvolvimento da mulher: a adolescência, a gravidez, e o climatério⁽⁷⁾. Reconhece a autora a existência de estados emocionais peculiares na gestação e que estas transformações provocadas pela gravidez decorrem de conflitos normalmente presentes neste período, como também há a possibilidade de que os hormônios sexuais progesterona e estrogênio exerçam efeitos no comportamento.

Percebemos nas falas das informantes que todas referiram ficarem mais zangadas, mais irritadas, mais sensíveis, chorando facilmente quando estavam gestantes.

As oscilações do humor poderiam estar relacionadas às alterações metabólicas, pois é comum a mulher passar da depressão à euforia sem motivo aparente. O aumento da sensibilidade é frequentemente observado mediante a irritabilidade da mulher, que fica mais vulnerável aos estímulos externos que antes não a afetavam⁽⁷⁾.

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).

A sensação de hostilidade é muito difusa e se projeta sobre o mundo, sensações de hostilidade com o marido, o pai, e a mãe⁽⁸⁾. Isto tivemos a oportunidade de observar, 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 é como o seu 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. Nas sociedades antigas, cobravam-se da mulher severas restrições sexuais, mas ifavorecia-se suas atividades e funções maternas, visto que elas se preocupavam somente com a atenção ao marido e aos filhos, e, quando trabalhavam, era em pequenas produções caseiras junto com a família⁽⁹⁾.

Ocorre, o contrário nesse 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, mas, atualmente para muitas mulheres, a maternidade não é tão desejada. 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 estorvo, mais do que uma alegria, pois a mulher, hoje, sente-se na obrigação de trabalhar, na tentativa de ajudar ou, quando não, assumir a responsabilidade do sustento da família⁽¹⁰⁾.

Existem, entretanto, estudos afirmando que as reações das gestantes estão relacionadas aos diferentes modos de culturas de encarar a mulher 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.

Subcategoria “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 começam a se desenvolver nesta fase.

A gravidez, que deveria ser observada, porém, como um evento familiar em nossa sociedade, é função quase que exclusivamente da mulher, cabendo-lhe a responsabilidade da decisão ou não de ter um filho, isentando-se o parceiro desta responsabilidade, como também do sustento do filho⁽¹¹⁾, 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 ela fica presa aos seus pensamentos de como serão a criação e o sustento de seu filho, como fica constatado nas falas a seguir:

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

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

Eu fiquei mais triste chorar eu não choro, mais eu fiquei mais triste, fico pensando como vai ser, como é que não vai ser essa gravidez, esse parto (Orquídea).

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

Algumas combinações de fatores econômicos desfavoráveis, ao que

se alia a uma vida conjugal infeliz ou instável, contém 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⁽⁹⁾.

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 originam-se no período gestatório, portanto a mulher, ao decidir pela maternidade, deve receber todo o apoio dos profissionais.

Em termos gerais, a ajuda eficiente neste período consiste em encorajar (não reprimir) a livre expressão dos sentimentos de tristeza, ansiedade, hostilidade; e, sobretudo, a perturbação do comportamento que, via de regra, se verifica que 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⁽⁸⁾.

Na verdade, a gravidez deve ser observada como uma situação que envolve não apenas a mulher, mas também seu companheiro e o meio social imediato. O maior ou menor grau de aceitação da gravidez por parte do ambiente social reforça ou não a tendência da mulher para a maternidade^(8,9).

Na sociedade de hoje, porém, 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 do 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 devem-se proporcionar condições, a fim de que possam descobrir junto com a esposa a idéia de que o parto pode ser o momento mais sensacional de suas vidas.

Subcategoria “gravidez não planejada”

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

Essa gravidez não foi planejada, eu tava 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).

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).

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

Essa situação das informantes de não planejar uma futura gestação nos fez concluir que elas mantêm um comportamento passivo em relação a prever uma futura gestação. Podemos observar, então, uma falha no sistema de educação e de saúde, pois tudo leva a crer que as mulheres desconhecem (ou pouco conhecem) o funcionamento do 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 das autoridades responsáveis pela administração da sociedade e das 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 possibilita a que um filho planejado venha ao mundo em condições

dignas de existência⁽¹²⁾.

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 e dentro deste planejamento encontra-se o controle da natalidade.

Para que ocorra um controle de natalidade favorável, 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, decorrentes da ignorância. Os países subdesenvolvidos são os que apresentam maior concentração populacional, onde a proliferação é desenfreada em razão da ignorância, das influências religiosas e da miséria que se tornam cada vez mais frequentes⁽¹²⁾.

A realidade das informantes revela que o baixo poder econômico e de instrução constituem entraves para a aprendizagem no conhecimento sobre como evitar a gravidez. Logo, a importância de educação como fator necessário para o seu bem-estar, o que foi dado a entender pelo esforço que fazem para manter seus filhos nas escolas⁽¹¹⁾.

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 como argumentos de comprometimento a saúde, e, também, por sua forma de uso diário, visto que as informantes relatam se esquecerem de tomá-los.

Conhecer os métodos contraceptivos não é sinônimo de usá-los. A questão é bem mais complexa, 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⁽¹³⁾.

A escola deveria representar para os indivíduos uma fonte de informação, 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 biológicas e psicossociais diretamente ao tema. Assim, não se teriam no futuro tantas gravidezes não desejadas.

A escola deve desenvolver atividades de educação em saúde observando o contexto no qual os seus alunos produzem suas histórias de saúde/doença, incluindo suas dimensões individuais, econômicas, culturais e sociais⁽¹⁴⁾.

Categoria "assistência na maternidade"

Os profissionais podem contribuir para amenizar os momentos de crise da gestante na hora do parto, proporcionando às mulheres visitas às salas de parto, quando elas podem entrar em contato com os funcionários que trabalham no local e que poderão assisti-las. Muitas mulheres que chegam ao parto sem os benefícios de boas aulas sobre o parto encontram-se despreparadas para o que vai lhe acontecer, daí uma sensação de irrealidade quando pensam que "isto não pode estar acontecendo comigo"

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 novo ser e de converter este processo em algo dirigido pelo profissional. Esta tendência atual, chamada de antiinstintiva está enraizada no nosso século e podemos observar quando se prescrevem comprimidos de vitaminas no lugar de verduras, mamadeiras no lugar dos seios⁽¹⁰⁾.

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).

Na hora do parto eles furaram a bolsa e me cortaram e o menino nasceu, mas eu também tomei injeção de força (Orquídea).

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 (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).

A cultura do parto hospitalar encontra-se tão difundida em nossa sociedade que as mulheres passaram a desacreditar de sua capacidade fisiológica e psíquica de terem seus filhos. O parto é percebido por elas como um ato técnico, que necessita de um profissional com elevado saber para realizá-lo e deve estar envolto em alta tecnologia.

O parto era considerado um fato comum, "assunto de mulher". As gestantes tinham seus partos (filhos) sozinhas, ajudadas por seus familiares ou com parteiras, mulheres da comunidade, que, por terem vários filhos e muitas vezes sozinhas, eram consideradas aptas para ajudarem as gestantes⁽¹⁵⁾.

Com a institucionalização da assistência ao parto, a partir da década de 1950, visando à redução da mortalidade materna e neonatal, relatam alguns autores⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ que a mulher teve que ser internada e o parto foi "medicalizado".

A gestante foi despojada de suas roupas e pertences, tornando-se "mais uma" entre muitas mulheres que esperavam a hora de parir. Conseqüentemente, perderam suas referências, tornando-se propriedade da instituição. A partir deste momento, o nascimento tornou-se um processo artificial, complexo e distante do ambiente familiar⁽¹⁸⁾.

O hospital, por ser um ambiente desconhecido para a gestante, enseja uma situação de ansiedade, de modo que 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^(19,20).

Atualmente, apesar de ser possível assegurar assistência hospitalar à quase todas as grávidas na ocorrência de complicações, e pelo fato 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 causa problemas para os quais a mulher foi destinada a prevenir⁽²¹⁾.

A assistência adequada ao parto 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 decidir quem vai acompanhá-la e escolher a posição mais cômoda para dar à luz, reconhecendo o parto como um evento familiar e social de maior relevância⁽²²⁾. Portanto, o nascimento constitui um evento familiar em que, ao assistir a gestante, não se pode pensar só na "mulher grávida", mas também na "família grávida"⁽⁷⁾.

A família propicia os aportes afetivos necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes; é em seu espaço que é absorvido o valor ético e humanitário. É também no seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados os valores culturais⁽²¹⁾. 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.

Diante do contexto, podemos observar que o comportamento da parturiente, a posição assumida e 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.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A etnoenfermagem permitiu-nos maior aproximação com as parturientes, com seu modo de vida, os seus valores, suas crenças, e sua visão de mundo e assim me aproximar dos fatores que interferem no seu comportamento.

É preciso compreender o papel da família como fonte de apoio em todo o momento da gestação, parto e puerpério. Na família, compartilham-se momentos de alegria, mas também de tensão e incompreensão. É na família que encontramos o companheiro que apóia a gestação, o que desejava a gravidez naquele momento e o que não se sentia responsável pela gravidez, deixando a mulher assumir toda a responsabilidade, sendo esse um comportamento do homem muito freqüente no ambiente cultural.

A escola também tem uma contribuição importante na gravidez, quando, em conjunto com a família, se torna um ambiente responsável pela elaboração 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 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 determinar nas parturientes um comportamento em que elas se submetam a imposições e condutas dos profissionais de saúde que as atendem, sem terem condições de perguntar, questionar e manifestar seus desejos.

Novas políticas devem ser implantadas, pois elas têm uma grande responsabilidade, tanto na assistência à mulher no planejamento familiar, no pré-natal, quanto nas maternidades, uma vez que hoje não atendem as necessidades biológicas e psicossociais, 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. Daí, concluímos que esta realidade tem que ser reestruturada, com o atendimento centralizado no ser humano com suas crenças e valores.

A sofisticação das práticas obstétricas, com o uso das tecnologias, tornou-as mecanizadas, massificadas, acrescidas de uma infinidade de procedimentos utilizados desde a gravidez, atuando, às vezes, desfavoravelmente, na mulher, tornando-a insegura e ansiosa, prejudicando o trabalho de parto e parto.

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

REFERÊNCIAS

1. Collaço VS. Parto Vertical: vivência do casal na dimensão cultural do processo de parir. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2002.
2. Merighi MAB. Reflexões sobre a qualidade da assistência de Enfermagem à mulher no período gravídico-puerperal. Rev Enferm UERJ 1998 6(1): 253-8.
3. Melo AS. Assim nasce o homem filosofia do parto e amamentação. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1996.
4. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1982.
5. Leininger M. Culture care diversity & universality: a theory of nursing. New York (USA): National League for Nursing; 1991.
6. Bezerra MGA. Experiências vivenciadas pelas parturientes: um enfoque sócio cultural [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.
7. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. São Paulo (SP): Saraiva; 2000.
8. Sofier R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1991.
9. Langer M. Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1986.
10. Macy C, Falker F. Gravidez e parto: prazeres e problemas. São Paulo (SP): Harper & Row do Brasil LTDA; 1981.
11. Ximenes LB. Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2001.
12. Bolsanelo A. Análise do comportamento humano em Psicologia: conselhos. Curitiba (PR): Educacional Brasileira; 1993.
13. Guimarães AMN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre os anticoncepcionais. Rev Lat-am Enfermagem 2003; 11(3): 293-8.
14. Martini JG, Bandejas AS. Saberes e práticas dos adolescentes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Rev Bras Enferm 2003 mar-abr; 56(2): 160-3.
15. Odent M. A cientificação do amor. São Paulo (SP): Saraiva; 2000.
16. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
17. Oliveira SMJV, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a óptica de adolescentes. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(2): 133-40.
18. Oliveira SMJV, Riesgo MG, Miya CFR, Vidoto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Lat-am Enfermagem 2002; 5(10): 667-74.
19. Santos LCE, Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. Rev Gaúcha Enferm 2000; 21(2): 87-109.
20. Porto F, Nascimento MAL. O parto como notícia veiculada na mídia escrita: uma contribuição na discussão sobre o enfermeiro obstetra realizar o parto. Rev Esc Anna Nery Enferm 2002; 6(3): 501-13.
21. Balaskas J. Parto Ativo: guia prático para o parto natural. São Paulo (SP): Ground; 1993.
22. Chagas MLO. Gestação e trabalho: alegria e sofrimento- um enfoque cultural [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2000.

Data do recebimento: 08/06/2005

Data da aprovação: 01/09/2005