

# FATORES SÓCIO-CULTURAIS QUE INFLUENCIAM A ALTA INCIDÊNCIA DE CESÁREAS E OS VAZIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Michella F. B. CAMARA, Marcelo MEDEIROS, Maria Alves BARBOSA \*

---

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. - Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. - *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000.  
Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

---

**RESUMO:** Gravidez e parto não se caracterizam como acontecimentos meramente biológicos sendo, também, processos sociais que refletem valores, aspectos culturais e econômicos de uma sociedade. Objetivamos neste estudo identificar fatores sócio-culturais junto às gestantes que estejam contribuindo para estes altos índices e identificar como o enfermeiro trabalha com gestantes na orientação sobre tipos de parto. Optamos por uma abordagem qualitativa utilizando as técnicas de observação e entrevista semi-estruturada junto à equipe de enfermagem de pré-natal e gestantes em instituições de saúde de Goiânia. Os resultados mostraram a dor como principal fator interferente na escolha pelo parto normal, seguindo aspectos estéticos. Observamos que a equipe de enfermagem nos serviços públicos de saúde envolve-se no processo educativo sobre parto normal junto às gestantes, porém apontamos a ausência do Enfermeiro nos serviços de pré natal em instituições particulares.  
unitermos: Enfermagem, Parto Cesariana, Assistência Pré-Natal.

**SUMMARY:** Social and cultural factors that influences high rates of surgical delivery procedury and nursing care. Pregnancy and delivery do not characterize only as biological factos. These are also, social process, reflecting society values, cultural and economic aspects. As an aim we souht to identify how nurses orientate about delivery kinds to pregnants. We chose a qualitative approach throughlin observation and semi-strutured interview with nurses who assists pregnants in public and private hospitals in goiânia. The results showed us that pain is the main factor that interfer on the choice to normal delivery, folowed by estetics aspects. We observed that nurses from public health services, are involved in the educational process about normal delivery, but this situation didn't happens on private hospitals.

**KEY WORDS:** Nurse, Surgical delivery, Care pregnant

## PARTO CESÁRIO ENQUANTO OBJETO DE ESTUDO

A gravidez e o parto, são acontecimentos que se distanciam de atos meramente biológicos, visto serem processos sociais que refletem valores culturais de uma sociedade, imersa em aspectos políticos-econômicos.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Goiânia, Estado de Goiás, apontam para um índice de partos operatórios muito acima do proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) que é de 20% para partos cirúrgicos, caracterizando este Município como possuidor de uma elevada incidência de cesarianas.

Este dado nos remetem a uma reflexão sobre as causas da problemática em questão, nos levando aos fatores sócios-culturais e suas conseqüências. Acreditamos que, se trabalhados, os fatores sócio-culturais, poderiam contribuir para a redução destes índices.

Segundo VIGGIANO (1982), BRAGA (1988) e MORAIS (1982), o despreparo psicológico das mulheres para o parto vaginal condicionado pelo ambiente social e pelos meios de comunicação e falha do pré-natal neste aspecto, são fatores agravantes do índice de incidência de cesáreas. Dessa maneira concordamos com FAÚNDES (1985), quando aponta que “o parto cesário transformou-se em um fenômeno cultural que extrapola a área estritamente médica e que a popularidade deste entre a população feminina brasileira é mais que evidente” (p.1024).

Nesse sentido, entendemos que aspectos sociais tais como nível econômico, acesso a educação, a informação, bem como aos serviços de saúde, entre outros e juntando-se a estes, os fatores culturais, entendidos como o complexo dos padrões de comportamento, das crenças e valores transmitidos coletivamente que se modificam entre cada sociedade e com o decorrer do tempo, interferem e talvez até mesmo determinem a afinidade que a mulher terá em relação ao parto normal e a cesariana.

Propusemo-nos a estudar os fatores sócio-culturais que juntamente com outros fatores são responsáveis por esta realidade. Partimos do pressuposto de que, estes fatores, se identificados e posteriormente trabalhados em nossa sociedade poderiam ajudar a trazer estes índices a níveis aceitáveis, refletindo uma melhor qualidade de vida em nossa sociedade.

Outro ponto por nos almejado, foi entender o papel do profissional Enfermeiro nesse contexto, trabalhando como agente de mudança do comportamento sócio-cultural da gestante perante a cesariana e o parto normal, levando em consideração o potencial educador deste profissional.

## OBJETIVOS

Temos como objetivo geral deste estudo, identificar os fatores sócio-culturais que podem estar contribuindo para a elevação dos índices de cesáreas, com vistas a subsidiar ações de Enfermagem no sentido de minimizar o elevado número de cesáreas em nossa sociedade.

Entre os objetivos específicos nos propomos a identificar os fatores sócio-culturais que influenciam o aumento da incidência de cesáreas; conhecer como os fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas podem ser trabalhados pela equipe de enfermagem; verificar se quando trabalhados os fatores sociais ocorre maior aceitação do parto normal perante as gestantes; identificar a maneira como a assistência de enfermagem trabalha estes fatores, enquanto agente de mudanças.

## PARTO E A ASSISTÊNCIA À GESTANTE E À PUÉRPERA

· *Uma Breve História: O Parto Através Dos Tempos*

“A participação feminina no parto predominou na maioria dos povos primitivos. E, o fenômeno da parturição era indissociável de aspectos místicos e religiosos” (OSAVA, 1995, p.4).

Como cita ALMEIDA et al. (1991), a maternidade “é um ato, específico da mulher, e assim considerado desde a antigüidade”(p673). Segundo FERREIRA (1994), “durante séculos, o saber relacionado à gravidez, ao parto, à menstruação era monopólio das mulheres que desempenhavam um relevante papel na história como conselheiras, comadres, parteiras, etc. “Dar à luz” era coisa de mulher, referida à natureza”. Estas mulheres eram de inteira confiança do mulhero e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, entre outros.

A participação masculina no parto foi pouco freqüente até a idade média. “Este fato encontra suas bases em dois principais fatores, o obstáculo moral, que impediam a entrada de homens nos aposentos da parturiente, e o principal deles, que considerava esta atividade secundária, da mesma forma que a mulher era considerada ser inferior a prática ligada ao seu corpo era desprezível e menosprezada” (REZENDE, 1974, p.7).

“No mercantilismo, ocorrem mudanças na compreensão do trabalho e o status do cirurgião se eleva, e a prática da obstetrícia é paulatinamente, por eles incorporada e supervisionada” (REZENDE, 1974, p.10). “O saber referente ao universo feminino é reconstituído e reconfigurado para o universo masculino já que somente aos homens era possível conhecer o saber científico. O nascimento da obstetrícia sob tutela cirúrgica condicionou o desenvolvimento de um saber pouco voltado para as particularidades da gestação e do parto”(OSAVA,1995, p.4).

A medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulado-a Arte Obstétrica, historicamente na Europa entre os séculos XVI e XVIII estendendo-se ao Brasil na inauguração das escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. Desde o momento da sua constituição, esta arte centra seus estudos no parto, posteriormente sobre a gravidez, dentro do enfoque biológico por forte influência da anatomia patológica (BRENES,1991).

Desta forma gradativamente a mulher perde então seu espaço na assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, isto é, seu espaço frente ao nascimento e o parto. Este, com o passar do tempo, torna-se um processo de domínio médico, com nova lógica, onde a mulher passa de sujeito da ação a objeto desse processo.

KITZINGER (1978), observa que “O parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, nunca é totalmente ‘natural’. Tal como o comer, o beber, a excreção de produtos inúteis, a maturidade, a velhice e a morte são culturalmente definidos, também o parto reflete valores sociais e varia de acordo com a sociedade”(p.86).

Segundo OBA (1996), “o parto é institucionalizado no século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade infantil e materna. Desta forma, o parto, que é a expressão da vida e que alberga consigo certos riscos, ao ser institucionalizado, é medicalizado, com base na premissa de que a ação médica pode dominar e/ou neutralizar seus riscos”(p.2).

De acordo com ALMEIDA et al. (1991), “a Enfermagem Obstétrica já nasceu estigmatizada, como reflexo de toda a situação caótica no setor de Saúde, torna-se mais subsidiária e passa a exercer funções burocráticas na maioria das Instituições de Saúde. Ocorre ainda na década de 70 a extinção dos cursos de Obstetrícia ligadas às faculdades de Enfermagem, que desde então deveriam ser responsáveis pela formação desse profissional”(p.674). Esta autora ainda nos coloca sobre as preocupações crescentes referentes aos altos índices de cesáreas, e que muito se tem debatido a respeito das condições que levaram a tal situação, mas muito pouco se tem falado sobre o importante papel que a enfermeira obstétrica/obstetizadora tem na condução natural da gestação, parto e puerpério.

> Torna-se necessário, portanto, que sejam ampliadas as discussões no sentido de se buscarem melhores alternativas de promoção da saúde da mulher e da criança, deixando de lado o egoísmo do direito à propriedade da clientela, o que acaba gerando uma competição, que tem como resultado uma clientela inadequadamente assistida. Acreditamos que cada profissional tem seu papel no desenvolvimento de uma assistência de real qualidade, e esta assistência só será realizada no momento em que estes profissionais unirem forças e verdadeiramente assumirem os seus papéis

#### *Aspectos gerais sobre o parto cesariano*

Segundo dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS,1985), 80% dos partos de uma dada população devem ser normais. Afirma ainda que a cesárea é uma operação de médio porte e deve ser realizada apenas com necessidade comprovada.

Entre os problemas condicionados pela operação cesariana “versus” o parto normal identificados pela OMS temos: maior mortalidade materna ( até 12 vezes), maior morbidade materna (7 a 20 vezes ), dobro da permanência hospitalar, convalescência e alterações psicoafetivas prolongadas, aumento da incidência de problemas respiratórios no RN, aumento da mortalidade neonatal.

Em dados do relatório do BANCO MUNDIAL (1993), indicavam que no Brasil 31% dos partos realizados em hospitais públicos foram cesarianas, e estes aumentariam ainda mais se fossem computados os partos feitos em hospitais e clínicas particulares.

Fazendo uma retrospectiva, verificamos que o aumento do número de cesarianas no país, tem início na década de 70. Segundo FAUNDES (1985), “justificava-se este fato por dois grupos de motivos. Primeiro, pelos progressos na técnica de cirurgia e de anestesia, que permitiram dar maior segurança ao procedimento. Em segundo lugar, porquê cresceu o número de condições clínicas ou circunstâncias nas quais cesarianas pareceram dar maior segurança de vida e saúde ao neonato” (p.1018).

Tendo em vista as conclusões de um Simpósio “Cesariana: incidências de fatores que a determinam e conseqüências maternas e perinatais”, Universidade de Campinas, (UNICAMP, 1983), o aumento na incidência de cesariana é, porém diferenciado, observando-se ser relativamente menor nas

camadas sócio-econômicas mais desfavorecidas e maior nas camadas mais favorecidas, que constituem a clientela particular. Esta situação contrasta com a maior incidência de desnutrição e epidemias, no primeiro grupo, e as melhores condições das classes privilegiadas, que deveriam apresentar, teoricamente menor número de indicações médicas de cesárea (p.896).

Constata-se pois o fato de que não podemos atribuir a alta incidência de cesarianas apenas como forma de melhorar os resultados perinatais, sabemos de acordo com o exposto anteriormente, que a mesma pode, sem dúvida, piorar estes resultados.

FAUNDES et al. (1991), “afirma que várias hipóteses, baseadas principalmente em evidências indiretas, podem ser levantadas para explicar a preferência pela cesárea que existe atualmente, tanto entre as mulheres como entre os médicos que fazem os seus partos. Sem dúvida, ambos são influenciados por vários fatores sócio-culturais, institucionais e legais” (p.155).

Há consenso entre vários pesquisadores (MORAES, 1992; VIGGIANO, 1992; FAUNDES, 1985.) que se preocupam com esta questão, no que diz respeito aos fatores associados ao aumento na incidência de cesáreas sem indicação médica correta. Segundo estes autores:

1. Ausência de alternativas apropriadas à cesárea para fazer ligadura tubária dentro do sistema oficial de saúde;
2. “Sofrimento” do obstetra, decorrente de sua insegurança no acompanhamento do parto transpélvico ;
3. “Falta de tempo” do obstetra para estar ao lado da paciente durante o período de dilatação, necessidade de chegar no horário nos múltiplos empregos.
4. Falhas na administração em saúde, o não pagamento da analgesia em parto vaginal, que deixa a cesárea como única alternativa reconhecida pelo SUS para aliviar a dor do parto;
5. ausência de auditoria médica na maioria dos hospitais e nas Instituições responsáveis pela saúde.
6. Por último, a ausência de um atendimento pré-natal que prepare a gestante para o parto vaginal e o despreparo psicológico das mulheres, condicionado pelo ambiente social e pelos meios de comunicação, gerando cesáreas a pedidos da paciente, por vários motivos, desde o medo da parturição até a preservação perineal.

Este último fator pode ser considerado o mais significativo para este estudo, pois é este achado, nosso objeto de trabalho, o qual queremos conhecer mais profundamente para propormos uma estratégia para a mudança de tal realidade.

Entre os fatores sócio-culturais que mais se evidenciam na literatura sem dúvida são: a preocupação estética e de conservação da anatomia

perivulvar; o medo excessivo da dor, que pode ser eliminada com uma cesárea eletiva, e o conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea.

Como FAÚNDES et al. (1985), acreditamos que, se a mulher for corretamente informada acerca das variáveis realmente importantes na função sexual e de que esta fica preservada depois do parto vaginal, se conhecer os maiores riscos para ela e seu filho no parto cesário, não terá dúvida em optar por um parto normal, na medida em que o mesmo for possível (p.1025).

## **METODOLOGIA**

Estudo de abordagem qualitativa que segundo MINAYO (1994), “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”(p.22).

Enquanto local de estudo optamos por quatro instituições de saúde, sendo dois hospitais gerais de grande porte, e duas outras instituições de saúde, o Centro de Assistência Integral à Saúde(CAIS) da Vila Nova e o Juarez Barbosa, situados em setores centrais, da cidade de Goiânia, com grande demanda exercida pela população da periferia.

Como instrumentos da coleta de dados utilizamos a observação assistemática e entrevista semi-estruturada. Tal como cita MEDEIROS (1995,p.44), observação assistemática é “aquela realizada não obedecendo nenhum roteiro específico ou pré fixado, e que possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno em estudo, permitindo que este acompanhe *In loco* as experiências diárias dos sujeitos na tentativa de apreender os significados que atribuem à realidade que os cerca”.

Foram registradas no diário de campo todas as informações que não puderam ser obtidas durante as entrevistas.

Procedemos a entrevista com três enfermeiras, um técnico de enfermagem, e quinze gestantes, sendo entrevistas com conteúdos distintos para os dois diferentes segmentos, profissionais da saúde e clientes. Procuramos garantir em nossa amostragem reincidência de informações que possibilitasse abranger a totalidade de nosso problemas, seguindo assim os preceitos de MINAYO(1994). As entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas e analisadas.

Durante a transcrição das entrevistas, como identificação dos sujeitos utilizamos abreviatura de sua categoria (Gest. ou Enf.), seguido do número de ordem atribuído à entrevista. Optamos por omitir suas Instituições de trabalho por que ao citarmos os locais, estes poderiam com facilidade ser associados aos profissionais e vice-versa e assim o sigilo das informações garantido no ato da entrevista seria quebrado.

Para a análise dos dados, a etapa inicial constituiu-se de transcrições das entrevistas, as várias leituras do material e a categorização dos dados. Foi possível agruparmos as falas em quatro núcleos de sentido construídos através das percepções de nossos atores sociais e de nossas observações diretas. Temos então o núcleo Temor, e contido neste, os sub-núcleos: a) Do parto e pós-parto; b) Da atenção hospitalar; temos ainda os núcleos O pré-natal: atuação essencial da enfermagem; Instituições Privadas: Enfermagem Ausente e Transformando Concepções.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Foram entrevistadas 15 gestantes das instituições de saúde anteriormente citadas, estando entre uma faixa etária de 17 e 27 anos, com idades gestacionais entre 5 e 9 meses. Das gestantes entrevistadas, pouco mais da metade havia terminado, estavam cursando, ou tinham parado no 1º grau, e o restante estava em igual situação com relação ao 2º grau.

Entre os profissionais entrevistados tínhamos três Enfermeiras e uma Técnica de Enfermagem, profissionais diretamente ligados à assistência pré-natal das instituições pesquisadas. Vale apontar que possuem de 3 a 24 anos de serviços com gestantes e uma faixa etária de 38 a 46 anos.

### **O Temor**

De acordo com OSAVA (1995), “ acima de tudo, o parto é um ato cultural refletindo os valores de cada sociedade humana e o contexto sócio-cultural tem importante influência no sentido que é dado às providências tomadas no parto” (p.5).

Em síntese, encontramos o medo como um fator sócio-culturais, altamente contribuinte do parto cesário. O temor é materializado nas falas de nossos atores sociais e se mostra presente em vários momentos do ciclo gestacional chegando até mesmo no pós-parto. Esta verificação vem confirmar o que nos traz a literatura estudada, confirmando assim que a cultura influencia grandemente nos fatores emocionais contribuindo para o medo e a angústia relacionada a gestação e a parturição.

#### **Do Parto e Pós Parto:**

Os temores infundidos na imaginação feminina, sendo até mesmo consagrados pela bíblia através do “Parirás na dor” (Gênese, 3;16), contribuem para que, do ponto de vista emocional e físico, o parto tenha uma conotação e significado de experiência traumática para a mulher.

Tanto entre as gestantes como entre as equipes de enfermagem entrevistadas, constatamos ser a dor o principal fator que poderia impedir a preferência por um parto normal. Como segundo e último fator, encontramos a preocupação estética da conservação da anatomia perivulvar. FAÚNDES et al. (1991), nos afirma existir um conceito de que “ a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, enquanto que o

parto vaginal produz perda acentuada da função do coito normal”(p.155). Para as gestantes e para a enfermagem:

*“... eu quero a cesárea, porque... A dor, todo mundo fala que dói muito.(Gest. 06)*

*(...) Medo de estragar meu corpo” ( Gest. 08)*

*“As mais novinhas preferem a cesariana pelo medo da dor.”( Enf.ª 01)*

*(...) Geralmente é o medo da dor mesmo, e dos problemas que vem em consequência do parto, mas o problema mesmo é da dor.”(Enf.ª 02)*

Estas falas vão ao encontro dos achados da literatura consultada, sendo contrária em um único ponto, onde, FAÚNDES (1991), aponta o conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea, não foi identificado em nossos sujeitos. Ao contrário, várias mulheres afirmavam ser o parto vaginal mais saudável para mulher e para a criança :

*“... eu quero normal. É mais saudável, tanto para você quanto para o bebê, embora que no parto cesário você fica livre de dores.” (Gest. 07)*

Outra questão que muito nos chamou a atenção foi o fato de que mesmo sendo a dor do parto normal encarada como um grande problema, muitas delas afirmavam serem capazes de ultrapassar esta barreira. Observamos que as gestantes que se diziam capazes de transpô-la, em sua maioria, eram frequentadoras dos grupos de gestantes ou já haviam passado por um parto normal anteriormente.

Destacamos que, enquanto profissionais de saúde, devemos estar atentos para o entendimento dos fatores que conduzem este grupo de mulheres a serem capazes de transporem a barreira da dor, ou seja, a experiência do parto, e a participação em grupos onde ocorrem trocas de informações e experiências, podendo estar aqui uma das chaves para elaboração de ações concretas e eficazes, afim de uma transformação gradativa de cultura.

*“... eu já passei por um parto antes e foi normal, foi suportável, e embora aquela dor que todo mundo imagina, não é tão forte assim não. Passaria por outro parto normal sem problema.”( Gest. 07)*

*“Tenho medo do normal... mais isso não me impede de preferir o parto normal.”( Gest. 14)*

Da Atenção Hospitalar:

Outro temor colocado pelas gestantes é o da atenção hospitalar que iram receber durante o trabalho de parto, afirmando assim o exposto por OBA (1996), que a institucionalização do parto, e o medo histórico do parto, passa a



ter outros componentes, como medo do desconhecido, trazendo à tona os receios de que na grande maioria das vezes quem realiza o pré-natal não irá realizar o parto, finalizando com o mendigar por uma assistência. De acordo com as entrevistadas:

*“A dúvida que eu tenho é medo, só isso. Medo da hora do parto...medo da dor, do médico também, depende do médico que atende a gente, tem uns que são ignorantes, outros não querem saber se está quase morrendo ali na mesa. Então isso me preocupa muito, eu passo quase o dia todo pensando só nisso.”( Gest. 15)*

O sistema de atendimento pré-natal desarticulado do atendimento hospitalar dificulta ou quase que impossibilita a realização do parto pelos mesmos profissionais que acompanharam o pré-natal, o que causa total insegurança à gestante, sendo esta insegurança um fator causador de tenção, que pode interferir negativamente neste momento.

Imaginamos ser crucial a qualidade do atendimento recebido pela gestante durante o seu parto, sendo esta experiência decisiva na elaboração das impressões e conceitos que a gestante traz consigo dos diferentes partos podendo assim atuar de forma benéfica ou maléfica nas demais gestações. Ainda correlacionado com OBA (1996) concordamos que há de se destacar que assistência ao parto constitui ainda hoje, um ponto crítico do atendimento, acarretando consequência negativa para a mulher e para a criança, além dos seus efeitos sociais.

### **O Pré-Natal : Atuação essencial da Enfermagem**

Reafirmamos aqui, a importância do pré-natal como minimizante dos fatores sócio-culturais agravantes dos altos índices de cesáreas, sendo que extraímos esta afirmação através de nossas observações e da literatura por nos pesquisada, reafirmamos também a total importância e responsabilidade da assistência de enfermagem neste contexto.

*“Essa primeira consulta já fica como orientação educativa... então eu converso : falo primeiro nosso objetivo do programa, que é mais até orientação educativa, no caso de consulta de enfermagem é mais orientação educativa.”(Enf.ª03)*

*“Eu sei sobre os partos, recebi essa informação na consulta de enfermagem e com o médico, ...Eu quero o normal pois traz benefícios para mim e pra criança.” (Gest.02)*

OBA (1996), nos expõem que : “parece ser a consulta de enfermagem e as outras atividades educativas deste profissional preenchedoras das lacunas deixadas pela consulta médica, tornando-se um espaço de discussão e orientação. Observa-se nestes locais, que possuem a consulta de enfermagem, a dicotomia entre a consulta médica que enfatiza unicamente os aspectos biológicos, e a consulta de enfermagem associada a atividades educativas, nas quais aspectos psíquicos e as experiências são levadas em consideração.”

Nesse sentido, POHI in ÉVORA (1987) aponta a tarefa de ensinar como “uma das atividades que a enfermagem desempenha afim de concretizar o objetivo fundamental da enfermagem: a promoção da saúde”(p.183).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1991), “o pré-natal no contexto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), deve assegurar à assistência integral a sua população alvo permitido o atendimento oportuno nos aspectos preventivos educativos e terapêuticos.”

Assim a gestante deve ser compreendida e atendida adequadamente com todos os anseios e carências que esta fase lhe acarreta, sejam estes fisiológicos, psicológicos ou educacionais, significando uma melhora direta na qualidade de vida da mulher e sua prole.

Em nossas observações nas instituições públicas visitadas, a equipe de enfermagem está diretamente ligada à assistência educacional, ao aspectos psíquicos sendo a consulta médica destinada aspectos biológicos.

Observamos também o reconhecimento da assistência de enfermagem pela gestante durante o seu pré-natal, constatamos que apesar da gestante ter assimilado as orientações passadas pela enfermagem, seja em consultas individuais de enfermagem, seja em trabalho com grupos, uma considerável parcela das mesmas não reconhecem esta assistência relacionada à enfermagem. Sendo que algumas gestantes só relacionam a assistência de enfermagem com atividades do tipo agendamento de consultas, entregas de exames e coisas deste caráter. Acreditamos que este fato esteja condicionado a diversos fatores tais como o número de consultas realizadas pela gestante, a grau de escolaridade da mesma, a abrangência da assistência de enfermagem, o caráter dos serviços prestados, entre outros fatores.

*“A enfermagem? Encaminhamento ao ambulatório, e me falou a data e hora da consulta.”(Gest.05)*

Em apenas um dos serviços constatamos que a meta de redução das taxas de cesariana não estavam sendo alcançadas com total êxito, sendo que neste, a equipe de enfermagem não contava com a participação ativa de um profissional graduado. Os membros da equipe questionavam o excesso de trabalho e restringiam suas atividades basicamente a serviços como agendamentos, verificação de peso, pressão arterial e orientações sobre prescrições médicas. Atentamos para o fato de que casos de preferência pela cesárea só foram constatados nesta instituição.

*“Nós não trabalhamos com orientação educacional ou grupos de gestantes, nos somos poucas funcionárias. Você vê que para nós passa uma média de 50 gestantes, dá mais de 50 por dia, assim no período da manhã só, no período da tarde é mais...É na faixa de 100 pacientes por dia.” (Enf.ª02)*

Instituições Privadas: Enfermagem Ausente

Inicialmente este trabalho tinha a pretensão de ter entre os seus atores sociais, enfermeiras(os) que trabalhassem no serviço pré-natal de instituições de saúde com caráter privado. Para isso escolhemos quatro Instituições Privadas dentro do nosso município, sendo este o mesmo número que elegemos para as instituições públicas. No entanto nos deparamos com uma realidade bastante diversa do que imaginávamos encontrar nestes serviços. Em todos os estabelecimentos privados visitados o pré-natal se restringe à consultas médicas, não atuando naquele momento outros profissionais.

Alertamos para o fato de que os altos índices de cesarianas, em nosso município, bem como em todo o país, se agravam principalmente pelas elevadas taxas de cesariana dentro dos serviços privados de saúde.

Em 1995, dentro do município de Goiânia, ante os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), obtivemos 62,2% de partos operatórios contra 36,7% de parto espontâneos. O serviço público estatal é responsável por 9,83% dos partos operatórios sendo que o restante são realizados pelas instituições privadas ligadas ou não ao SUS. Estes dados são alarmantes e sem dúvidas as características do pré-natal freqüentado por uma gestante refletem diretamente no desenlace final de sua gestação.

Concordamos com BALAN(1996) quando aponta que “a assistência pré-natal adequada durante a gestação realizada por uma equipe multiprofissional é medida essencial para preservar a saúde da gestante e do feto. A participação da enfermeira no atendimento às gestantes de baixo risco é de fundamental importância para à orientação das queixas comuns destas clientes, educação à saúde, discussão dos temores próprios desta fase e de atitudes que favoreçam a evolução fisiológica do período gestacional e do parto”. Segundo UNICAMP(1983), “a ausência de um atendimento pré-natal que prepare a gestante para o parto vaginal está entre um dos fatores agravantes dos índices de cesarianas”.

Este achado vem nos confirmar que, realmente há uma estreita relação entre pré-natal de “qualidade”, prestado por uma equipe multiprofissional, e índice de cesárea, visto que onde encontramos serviços pré-natal preocupados em preparar a gestante para o parto normal, são os locais onde se encontra os menores índices de cesariana .

Transformando Concepções:

Constatamos que as percepções sobre o parto no universo feminino está sofrendo transformações constantes, e que são vários os fatores contribuintes para esta mudança. Em nossas observações no campo constatamos claramente algumas alterações neste aspecto, que acreditamos já serem frutos das políticas de saúde adotadas nos serviços públicos.

Nas bibliografias editadas pelo Ministério da Saúde, para serem trabalhadas no contexto do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), podemos colocar uma certa dose de responsabilidade por estas transformações, encontramos frases tais como, o parto normal deve ser sempre preferido (...). A mulher se recupera mais rápido e fica menos exposta

a infecções (...), cesariana só em último caso (...). No Brasil se abusa muito dessa cirurgia, de maneira desnecessária e pouco cuidadosa (...), o resultado é que cesarianas e abortos mal feitos são as principais causas da mortalidade materna. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997). Confirmamos estas mudanças diretamente nas falas de nossos atores sociais:

*“Minha opção é o parto normal, posso voltar mais rapidamente ao trabalho, tem cicatrização mais rápida.” (Gest. 05)*

Este fato, que sem dúvida reflete mudanças que estão ocorrendo nestas instituições, mudanças que passam por diversos níveis, setores e segmentos e estão inseridas no contexto das novas políticas e concepções de saúde adotados para o atendimento a esse segmento da população.

Verificamos que atualmente, nos serviços públicos de saúde, está se instalando um certo “repúdio” e “temor” referente à operação cesariana. Alertamos para o fato de que preparar a gestante para um bom parto vaginal não significa fazer com que ela perceba a cesárea com temor ou repúdio, podendo ser este um fator prejudicial a mesma. Acreditamos que o nosso papel seria de minimizar esses temores prejudiciais a nossa cliente, e não transferi-los de um lado para o outro.

*“Eu tenho medo da cesárea por causa do corte...do corte e da anestesia.” (Gest. 11)*

## **CONCLUSÕES**

Tivemos como objetivo desta investigação identificar os fatores sócio-culturais que possam estar contribuindo com a elevação dos índices de cesáreas, bem como verificarmos a atuação da equipe de Enfermagem como agente de transformação, trabalhando estes fatores com vistas a subsidiar ações que visem minimizar a elevada incidência de cesarianas em nossa sociedade.

Partimos do pressuposto que gravidez e parto são acontecimentos que estão condicionados não só a fatores biológicos, mas também a fatores sócio-culturais, sendo que estes podem influenciar de forma direta no transcorrer desta etapa, pressupomos a equipe de Enfermagem como veiculadora de transformações, devido a sua alta capacidade educacional, e que tem como objetivo usa-la para a melhoria da qualidade de vida de nossos clientes.

Constatamos no transcorrer de nossa investigação que a questão “medo/temor” de enfrentar um parto normal é o principal fator sócio-cultural determinante relacionado a preferência feminina ao parto cesário. Este fator refere-se primeiramente a dor sofrida na hora do parto, e em segundo lugar a preocupação estética da conservação da anatomia perivulvar.

É necessário compreendermos a questão “medo/dor” enquanto fator sócio-cultural, para que possamos trabalhar o mesmo durante o pré-natal. Quando nos referimos ao “medo/temor”, em relação a dor e o caracterizamos como fator sócio-cultural, não queremos radicalizar afirmando que a mesma

não exista, a dor realmente é uma realidade que enquanto fator sócio-cultural é exaltada na nossa cultura, infundindo-se temores exacerbados no universo feminino, fazendo com que parto normal tenha a conotação de experiência traumática.

Acreditamos que este ponto seja a chave para mudanças de conceitos e, para tanto, deve ser compreendido e exaustivamente trabalhado pela equipe de Enfermagem dentro dos pré-natais.

Outro fato por nos identificado que, em si, reafirma o que colocamos anteriormente, é que nos serviços visitados onde encontramos instalada a preocupação com o preparo da gestante para o parto vaginal, encontramos um maior nível de aceitação do enfrentamento do fator “medo/temor”, em relação ao parto normal pelas gestantes.

Este dado é extremamente rico, pois nos revela que nas instituições públicas encontra-se instalada uma preocupação em trabalhar a gestante como um todo, levando em consideração não mais apenas os fatores biológicos, mas também os demais fatores que possam influenciar esta etapa da vida feminina, sendo neste aspecto que se começa trabalhar a gestante para o entendimento da positividade relacionada ao parto normal. Acreditamos que este fato esteja diretamente relacionado aos menores índices de cesáreas realizadas no serviço público de saúde.

## **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

ALMEIDA, A .M. & MAMEDE M. V.. Enfermeira obstétrica/parteira: Importante para a saúde da mulher? *Femina*, agosto, p. 673-4 ,1991.

BALAN, M. A.J. & SERAFIM, D. Assistência Pré-Natal Realizada Por Enfermeiras, às Gestantes de Baixo-Risco do Hospital Universitário de Maringá. In: 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996. Anais, São Paulo, 1996, M47.

BANCO MUNDIAL. “Informe sobre el desarrollo mundial 1993”: Investir en salud - resumos. Washington, Dc 1993.

BRAGA, L. F. Cesariana - uso e abuso: Fatores da América do Sul e Brasil. *Femina*, v.16, n.12, p.1118-22, dez.1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém Nascido. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério de Saúde. Coordenação Materno Infantil. Campanha: Redução da Mortalidade Materna. Brasília, 1997.

BRENES, A. C. “História da Parturição no Brasil, Século XIX. Cadernos de Saúde Pública, v.7, n. 2, p.135-149, abr/jun, 1991.

- ÉVORA, Y. D.; TREVIZAN, M. A.; FÁVERO, N. NAKAO, J. R. DA S. Estudo Analítico das Atividades da Enfermeira em um Ambulatório de Assistência Pré-Natal. Revista Paulista de Hospitais, v.35, n.10, p. 179-184, out, 1987.
- FAÚNDES, A. & CECATTI G. J. A Operação Cesariana no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação. Cadernos de Saúde Pública, v.7, n.2, abr/jun.1991.p 150-173.
- FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; CECATTI, J.G. A Operação Cesárea como Tecnologia para o Nascimento: Quando ela é Apropriada? Femina, v.13, n.11, p. 1018-27, nov., 1985.
- FERREIRA, S. L. A mulher e os serviços públicos de saúde: Análise do processo de trabalho em unidades básicas de Salvador. São Paulo, 1994. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
- KITZINGER, S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Portugal. Presença. 1978.
- MEDEIROS, M. Percepção dos atores que coordenam programas de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de rua no município de Ribeirão Preto. São Paulo, 1995. [Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; NETO, C.; GOMES, R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ. Vozes, 3º ed.,1994.
- MORAES, V. A. O aumento do índice de cesarianas. Femina, v.10, n. 9, p. 715 - 17 set., 1982.
- OBA, M. das D. do V. Pré-Natal: Uma assistência integral ou fragmentada? São Paulo, 1996,[Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
- \_\_\_\_\_. As Mulheres e os Receios Vivenciados em Suas Trajetórias Obstétricas. In: 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996. Anais, São Paulo, 1996a.
- OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Documento sobre a tecnologia apropriada ao nascimento. Fortaleza.1985.
- OSAVA, R. H. & MAMEDE M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. Journ. Bras. de Ginec. v.105, n.1/2, p. 3 - 9, jan./fev. 1995.
- REZENDE, J de. Obstetrícia. 3º edição. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara koogan,1974. p.1-23.
- UNICAMP. Cesariana: incidência, fatores que a determinam e conseqüências maternas e perinatais. Relatório do Simpósio. Campinas SP, 1982. Femina, v.11, n.11, nov. 1983.

VIGGIANO, M. G. C. ; CUNHA M.G.C.; MORAES, V. A de; GOFFI, P. S.; VITELLO, N; CUNHA, F.C. O aumento do índice de cesarianas. *Femina*, v.10, n.9, p. 717 -18, set. 1982.

## AUTORES

**Michella F. B. CAMARA** - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa Especial de Treinamento (PET/ CAPES). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

**Marcelo MEDEIROS** - Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

**Maria Alves BARBOSA** - Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Tutora do Programa Especial de Treinamento/CAPES. FEN/UFG

[Topo da página](#)



A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](#).