

Experiências de mulheres acerca dos cuidados obstétricos recebidos durante a parturição: abordagem transcultural

Women's experiences about obstetric care received during parturition: a cross-cultural approach

Jameson Moreira Belém¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1903-3446>

Emanuelly Vieira Pereira²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1457-6281>

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>

Maria Rocineide Ferreira da Silva⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>

Glauberto da Silva Quirino⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5488-7071>

Resumo

Introdução: as experiências em torno da parturição apresentam significações heterogêneas em contextos culturais diversos. **Objetivo:** descrever experiências culturais de mulheres acerca dos cuidados obstétricos recebidos no parto. **Materiais e métodos:** pesquisa qualitativa conduzida pela etnoenfermagem, com 13 informantes-chave em maternidade pública localizada no estado do Ceará, Brasil. Adotou-se para coleta de dados o capacitador Observação-Participação-Reflexão com registro das observações em diário de campo e entrevistas individuais. O processo de imersão no campo durou cinco meses. O material empírico foi submetido aos procedimentos do guia de análise de dados da etnoenfermagem.

Resultados: a partir da realidade empírica expressa no cenário cultural e do ponto de vista das informantes, apreendeu-se seis temas culturais que contemplaram significados atribuídos à maternidade, via de parto, dieta, exames vaginais, acompanhantes e cuidados recebidos durante a parturição. **Conclusões:** o ambiente institucional hostil, as práticas obstétricas proscritas e a heteronomia no cuidado constituíram cerne do padecimento das parturientes.

Palavras-chave: trabalho de parto; enfermagem; antropologia cultural.

Abstract

Background: the experiences around parturition have heterogeneous meanings in different cultural contexts. **Objective:** to describe the cultural experiences of women about the obstetric care received during childbirth. **Materials and methods:** qualitative research, with a transcultural approach, conducted by ethnographic methodological reference, with 13 key informants in a public maternity hospital located in the state of Ceará, Brazil. The observation-participation-reflection enabler was adopted for data collection, recording observations in a field diary and individual interviews. The immersion process in the field took five months. The empirical material was submitted to the procedures of the ethno-nursing data analysis guide.

Results: from the empirical reality expressed in the cultural scenario and from the informants' point of view, six cultural themes were apprehended that contemplated meanings attributed to motherhood, mode of delivery, diet, vaginal exams, companions and care received during parturition. **Conclusions:** the hostile institutional environment, proscribed obstetric practices and heteronomy in care were the core of the suffering of the parturients.

Keywords: labor; obstetric. nursing; anthropology, cultural.

¹ Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: jam.ex@hotmail.com

² Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: emanuely.pereira@urca.br

³ Universidade Estadual do Ceará. Ceará, Brasil. E-mail: arodrigues.junior@uece.br

⁴ Universidade Estadual do Ceará. Ceará, Brasil. E-mail: rocineide.ferreira@uece.br

⁵ Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: glauberto.quirino@urca.br

Introdução

Os cuidados com a parturição historicamente ocorreram em ambientes domiciliares, sob incumbência das mulheres, suas famílias e membros da rede social e comunitária com base em conhecimentos orais e gestuais experienciados e transmitidos entre as gerações¹.

A apropriação dos corpos e processos reprodutivos das mulheres contrapondo-se à concepção culturalmente construída do parto como evento feminino, natural e fisiológico íntimo e doméstico² deslocou o eixo compreensivo da parturição e instaurou um modelo obstétrico médico-hegemônico centrado numa lógica hospitalocêntrica de atenção.

Com a institucionalização do parto os cuidados obstétricos, outrora integrados ao espaço cotidiano e ao contexto cultural da mulher^{1,3}, tornaram-se objeto de atuação profissionalizada por meio de práticas médico-assistenciais marcadas por intensa tecnologia, medicalização, patologização e rotinas cirúrgicas^{2,4}. Essas intervenções foram legitimadas como benéficas, alteraram o curso natural do processo parturitivo ao contribuir para seu controle, aceleração e artificialização⁵ e, na modernidade, têm produzido culturalmente a normalização da cesárea como modo de parir e nascer⁶.

O modelo idealizado de cuidado obstétrico pauta-se na humanização da assistência na perspectiva da integralidade, utiliza tecnologias apropriadas que respeitem a fisiologia do parto, valoriza crenças e costumes para o desenvolvimento de ações individualizadas, resolutivas e com qualidade ao reconhecer dimensões, relações, contextos sociais, culturais e econômicos no qual mulher e a família estão inseridas⁷.

No entanto, há muito que se avançar para efetivação na prática de uma assistência obstétrica culturalmente congruente, à medida que a formação e a

atuação dos profissionais de saúde encontram-se impregnadas pelo modelo biomédico, evidenciadas pela reprodução de práticas assistenciais interventivas desenvolvidas de maneira roteirizada, técnica e impessoal e pautadas em relações hierarquizadas de saber-poder reforçadoras de posturas, discursos normativos e etnocêntricos^{4,8,9}.

Nesse âmbito, as rotinas assistenciais obstétricas^{4,9} têm transformado a vivência do parto como um momento singular em uma experiência desditosa, à medida que tornaram as mulheres reféns da objetualização das intervenções, conduziram à perda do protagonismo, da autonomia e naturalização da violência nos cenários de atenção ao parto institucionalizado¹⁰.

No contexto das investigações no campo obstétrico, estudos descritivos têm se debruçado em compreender a percepção e a satisfação de mulheres em relação à parturição¹¹. Entretanto, poucos estudos buscam compreender sob uma vertente antropológico-cultural as perspectivas e expectativas de cuidado relacionadas ao parto e nascimento¹².

As experiências em torno desses fenômenos vitais complexos apresentam significações heterogêneas em contextos culturais diversificados à medida que congregam visões, crenças e valores (re)construídos a partir da singularidade e cultura da parturiente⁴ e constituem dimensão importante à compreensão do cuidado obstétrico. Desse modo, o presente estudo objetivou descrever as experiências culturais de mulheres acerca dos cuidados obstétricos recebidos no parto.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa com enfoque transcultural operacionalizada por meio da etnoenfermagem, um referencial metodológico útil para compreender os

fenômenos acerca de um Domínio de Investigação (DOI) relacionados ao cuidado cultural, a partir de dimensões distintas: a *etic* (conhecimentos e cuidados profissionais da enfermagem) e a *emic* (conhecimento interno dos informantes, traduzido pelo cuidado popular)¹³. Neste estudo, aborda-se a perspectiva *emic* à medida que o DOI se direciona à compreensão do cuidado obstétrico com foco nas experiências maternas relacionadas ao parto institucionalizado.

Utilizaram-se as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para guiar o estudo.

Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado de março a agosto de 2016 em hospital-maternidade público, localizado na Região do Cariri cearense do semiárido nordestino brasileiro, referência para atendimento de mulheres residentes em seis municípios que compõem Área Descentralizada de Região de Saúde.

Trata-se de região cuja religiosidade, com forte tradição católica, constitui traço marcante na vida e cultura do povo local e que possui vários lugares de peregrinação com monumentos dedicados ao culto e devoção a santos/as populares. Além disso, a maternidade apresentava influência religiosa à medida que, por muito tempo, freiras compuseram o corpo administrativo da instituição.

Informantes-chave

No presente estudo, foram informantes-chave 13 parturientes. Foram incluídas mulheres em trabalho de parto e com idade mínima de 18 anos e excluíram-se aquelas com intercorrências clínicas e ou obstétricas. As informantes foram incentivadas a partilhar, de forma aberta e espontânea, conhecimentos e histórias a partir de suas experiências¹³.

Procedimentos e guias capacitadores para coleta de dados

Utilizou-se para a coleta de dados o guia capacitador Observação–Participação–Reflexão (O-P-R) composto por quatro fases sequenciais: observação com escuta ativa; observação com participação limitada; participação com observação continuada e reflexão; e confirmação dos achados; direcionadas a orientar o pesquisador para obter informações focalizadas acerca das experiências dos informantes em determinado cenário cultural¹³.

Na primeira fase, o foco da observação direcionava-se para a obtenção de uma visão ampliada dos fenômenos a partir do reconhecimento do campo. Na segunda fase, realizaram-se observações pontuais e detalhadas direcionadas para a inserção das informantes no contexto cultural. Na terceira fase, a observação participante continuou; sendo realizadas entrevistas individuais complementares para apreender as visões de mundo, os sentimentos, significados atribuídos e as vivências das informantes acerca do fenômeno de estudo no contexto cultural¹³.

Optou-se por desenvolver entrevistas abertas do tipo conte-me sobre (DOI/fenômeno de interesse)¹³ com questionamentos que emergiram do processo de observação, contemplando aspectos gerais, exploração de situações específicas para aprofundar a compreensão das observações registradas em diário de campo quanto aos seus sentidos e significados.

As falas foram gravadas em áudio, mediante autorização expressa das informantes, realizadas na sala de admissão e no leito obstétrico e, em seguida, transcritas na íntegra para análise. O encerramento das entrevistas ocorreu pelo critério de saturação teórica das falas e duraram em média 50 minutos.

Por fim, a quarta etapa incluiu observações reflexivas acerca do fenômeno e do processo de coleta de dados, revisão e

reavaliação os dados obtidos para elucidar pontos inconclusivos, discussão e confirmação dos achados com as informantes e, em termos de reflexividade epistemológica e pessoal, uma análise da influência exercida pelo pesquisador sobre o percurso metodológico, os acontecimentos e as informantes com posterior encerramento da coleta de dados¹³.

O processo de imersão no campo teve duração de cinco meses com a dinâmica do processo de observação abrangendo todos os dias da semana durante os turnos matutino e vespertino. As entrevistas e observações foram conduzidas pelo pesquisador principal (enfermeiro, especialista em saúde coletiva e mestrando em enfermagem) ao longo do processo de parturição e da rotina de cuidados obstétricos, desde a admissão até o alojamento conjunto.

Organização, apresentação e análise dos dados

Utilizou-se o guia de análise de dados da etnoenfermagem para facilitar o processo de codificação, processamento e análise dos dados obtidos em campo¹³, composto por quatro fases sequenciais: coleta, descrição e documentação dos dados; identificação e categorização dos descritores e componentes; padrão e análise contextual; temas principais, resultados de pesquisas, formulações teóricas e recomendações.

Na primeira fase, realizou-se a análise detalhada e fundamentada dos dados brutos acerca dos fenômenos investigados. Na segunda fase, os dados foram codificados e classificados por semelhanças e diferenças, analisados quanto aos significados dos componentes recorrentes. Na terceira fase, analisou-se a saturação de ideias, a partir da identificação dos padrões recorrentes, e análise interpretativa dos significados-em-contexto. Por fim, na quarta fase realizou-se a abstração e confirmação dos temas culturais com

posterior análise, síntese e interpretação dos achados¹³.

A partir da realidade empírica expressa no cenário cultural analisado e do ponto de vista das informantes, foram apreendidos seis temas culturais. Os resultados foram apresentados por meio de trechos das entrevistas, identificadas por meio da utilização de códigos compostos pela letra inicial da palavra parturiente, seguida de número que representa a ordem de realização das entrevistas (Ex.: P1) para garantia do sigilo, anonimato e confidencialidade das informações.

Rigor metodológico, aspectos éticos e legais

Recorreu-se ao uso de critérios qualitativos específicos para conferir rigor metodológico na condução da etnoenfermagem: credibilidade, confirmabilidade, padrões recorrentes, significado-em-contexto, saturação e transferibilidade¹³.

As mulheres eram informadas quanto aos objetivos do estudo e convidadas a participar mediante assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer n° 1.397.142 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n° 52703715.0.0000.5055, conforme recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelecem diretrizes e normas que regulamentam estudos envolvendo seres humanos.

Resultados

Caracterização das informantes

As treze informantes-chave encontravam-se na faixa etária de 20 a 41 anos, predominantemente com ensino médio completo (oito), casadas (oito), autodeclaradas pardas (doze), cristãs

(treze), se ocupavam de atividades domésticas remuneradas ou não (onze) e informaram renda mensal familiar igual a um salário-mínimo (treze), sendo o valor vigente à época de R\$ 880,00. Em relação aos aspectos obstétricos, eram predominantemente múltiparas (onze) e com idade gestacional igual ou superior a 40 semanas (sete).

Tema cultural 1: “Ser mãe é uma dureza, um sofrimento amoroso”

Nesse tema cultural, foram exploradas as experiências das parturientes e os significados atribuídos à maternidade.

As experiências maternas durante as fases clínicas do parto eram tecidas em meio a sentimentos e dores, significadas como um ‘sofrimento’. As dores eram adjetivadas de formas diversas e representavam o cerne do padecimento das parturientes: “[...] *uma dor sem igual e que não tem fim [...] passei a noite toda sofrendo me contorcendo de dor [...] estou esperando essas dores aumentarem, mulher é bicho que sofre*” (P4); “[...] *de dez em dez minutos vem essa dor chata, agoniada*” (P5); “[...] *de hora em hora vem essa dor enjoada [...]*” (P9); “[...] *a dor é tão forte que você vai no céu e volta, é horrível, muito forte e que não para, é direto, é tanta dor que você pede sua morte*” (P8).

Apesar de perceberem o enfrentamento à dor como algo difícil as mulheres iam (re)significando o processo de tornar-se mãe e, ao final, a experiência era tida como gratificante: “*ser mãe é bom, fora a dor que estou sentindo [...]*” (P4); “[...] *é o meu terceiro filho [...] está sendo uma nova [...] experiência de ser mãe [...], eu sofri (nos partos anteriores) [...], mas nem lembrava mais como era forte a dor [...] ser mãe é bom depois que passa a dor [...] o tamanho da dor que a gente sente se transforma no tanto de amor que a gente tem pelos filhos*” (P7); “[...] *a dor é o de menos para quem quer um filho, por mais que sofra, você pelo menos tem a satisfação de ter [...]*” (P5).

A experiência do parto era modelada por sentimentos dicotômicos de conformismo e inconformismo em relação à dor. Enquanto algumas informantes permaneciam em silêncio outras vocalizavam a dor e, ao se expressarem, estavam sujeitas à repreensão dos profissionais: “*eu gritava muito de dor [...] fiz tanto escândalo que só Deus sabe [...]*” (P8); “*eu não grito, me controlo, sei a dor, vou chorar por quê? Eu virava para a parede e me contorcia de dor, ficava no meu cantinho, calada [...]*” (P3); “[...] *sou forte nessa hora (do parto), Deus dá a força necessária*” (P3); “[...] *a enfermeira vinha me olhar e dizia: ‘pensei que já estava ganhando (o bebê) com esses gritos altos’ [...] até me levou para o último quarto, ela disse: ‘vamos lá para o outro quarto que você está fazendo as mãezinhas ficarem com medo e nervosas’*” (P8).

Evidenciou-se que as mulheres recorriam aos desígnios divinos ao se apegarem à religiosidade para explicar a gênese da dor “*Adão e Eva pecam; Deus, em vez de castigar eles dois, disse que ia aumentar as dores do parto de Eva, só sobrou para nós [...]: ‘A mulher você tem o pecado natural de Eva’. Oh! Senhor, Meu Jesus, me perdoe, mas esse negócio de aumentar as dores [...] Ele pegou pesado, era tão bom se você engravidasse e não sentisse nada*” (P9).

Embora uma informante tenha referido sentir-se incomodada com artefatos religiosos presentes no ambiente “*achei estranho porque tem imagens (católicas) espalhadas por todos os lugares*” (P8); a religiosidade era utilizada como estratégia de conforto e enfrentamento durante este período “*essa barriga foi um sofrimento [...] foi dureza, sentindo dor direto [...], mas graças a Deus está chegando ao fim*” (P10); “*todas as mulheres da minha família me diziam que era muita dor, mas na hora do sofrimento, me apeguei na minha fé em Deus, porque sou evangélica, então foi tudo em paz*” (P8).

Tema cultural 2: "Se fosse para fazer cesárea eu ia agora achando graça"

Nesse tema cultural, foram exploradas as percepções das parturientes em relação às vias de parto e às experiências em torno do parto vaginal e cesariana.

Apesar da dor ser significada como aspecto negativo, duas informantes referiram preferência pela via de parto vaginal, ao significá-la como normal, saudável, com recuperação rápida e possibilitar maior autonomia nos cuidados pós-parto (Nota: categoria nativa, as informantes utilizavam o termo 'normal' para designar o parto vaginal): "*queria normal porque tem a facilidade de depender menos das pessoas, porque não tenho quem cuide de mim e das coisas (domésticas) quando chegar em casa, que se fosse cesárea ia precisar (de alguém). E, assim, normal é uma coisa mais saudável, pelo menos amanhã estou livre (alta hospitalar) porque não tem corte, a recuperação é mais rápida. Na cesárea você não sofre na hora, mas vai sofrer depois*" (P7); "*queria ter normal, porque cesárea é tão ruim. E os outros (partos) todos foram normais, a recuperação é mais rápida, é ruim a dor que é muito grande, mas dá para suportar, o importante é nascer com saúde*" (P13).

Embora algumas mulheres tenham consciência e reconheçam os benefícios do parto vaginal evidencia-se que há uma preferência explícita ou anseio para realização do parto cesárea associada à redução da dor/desconforto e maior privacidade: "*Se fosse para fazer cesárea eu ia agora achando graça, sorrindo! [...] todo ano tinha um menino. Eu tenho medo de ter normal [...] a mulher teve na cama, na frente de todo mundo, não queria passar essa vergonha. Agora é mais sadio [...]*" (P1); "*Eu queria cesárea porque além da dor ser insuportável, na hora que colocava força, tenho medo de me espremer [...] fazer cocô e passar essa vergonha*" (P10); "*Tomara que a doutora faça a cesárea mesmo. Eu queria, é melhor, pois do meu*

outro menino quase morro na hora com tanta dor [...]" (P2).

Entre algumas informantes, o parto era visto como uma experiência que precisava ser vivenciada rapidamente. Em função da demora no trabalho de parto vaginal as mulheres queriam fazer a cesariana para sair do ambiente hospitalar e acabar com o 'sofrimento': "*O doutor fazendo a cesárea [...] ligeiro para ir logo para casa. Eu assino cinquenta papéis, quanto menos eu olhar para a cara desse povo daqui é melhor! A única cara que quero ver é a do meu menino*" (P3); "*Eu não queria ter normal, ficar desse tanto de dia aqui (internada) [...]. Depois que a gente ganha menino normal é tão bom, se não fosse essa demora*" (P4); "*Parto normal demora demais, a gente come o pão que o diabo amassou, sentindo dor direto, sofrendo. Queria fazer cesárea para ir embora logo*" (P5); "*Se não der para ser normal, faço a cirurgia para tirar o menino, porque não vejo a hora de acabar com esse sofrimento [...]*" (P8).

As mulheres recorriam à religiosidade para, por meio da fé, solicitar que os seus desejos fizessem-se valer por intercessão divina: "*estou rezando para que esse menino não nasça normal. Tomara que Deus toque no coração do médico e ele tenha a boa vontade de fazer a cesárea* (P4); "*[...] quero que seja cesárea [...] se fosse para ter normal, coragem Deus dá, se apega primeiramente a Jesus [...]. É como o povo diz: primeiramente Deus, segundo os homens, tem esse ditado, tem que se apegar com Deus, ainda bem que tenho muita fé [...]*" (P6).

Tema cultural 3: "Como é que a pessoa fica aqui sem comer nada?"

Nesse tema cultural, foram exploradas as experiências das parturientes acerca da dieta durante a parturição.

A restrição de água e alimentos durante o trabalho de parto foi significada pelas informantes como um 'sofrimento'. As mulheres descreveram as experiências

atuais negativas em relação à dieta comparando-as com as ocorridas em partos anteriores: *“Estou jogada aqui sofrendo, sem comer, beber, esperando a vontade de Deus”* (P1); *“É meu segundo filho, mas do primeiro não sofri assim [...] almocei, merendei, tomei café”* (P3); *“já vim preparada, tomei um café reforçado porque, da outra vez, passei foi fome, eles me davam só água, sofri demais [...]”* (P5).

As parturientes eram submetidas a longos períodos de jejum durante o trabalho de parto em decorrência da possibilidade de realização da cesariana ou tinham suas dietas liberadas em função da via de parto vaginal ser presumida pelos profissionais: *“Está com 24 horas que comi e bebi água, minha boca está ressecada e estou com uma fraqueza. Era para, pelo menos, colocar um soro, alguma coisa para dar uma hidratada, mas dizem que porque vai ser cesárea não pode”* (P6); *“senti muita fome, eles não liberaram comida para mim, nem almoçar, nem água tomei, foram eles que não deram, acho que eles pensavam que ia ser cesárea [...]”* (P13); *“Deixaram comer, a dieta estava livre, acho que porque sabiam que ia ser normal”* (P12).

As decisões em relação à dieta estavam centralizadas na figura médica e as condutas adotadas pelos outros profissionais, como parte da rotina assistencial, eram impostas às mulheres: *“Só disseram que não podia comer nada. E não tive coragem de perguntar o porquê e nem de pedir nada”* (P11); *“Eu dizia que estava com fome, sede e dor e a enfermeira: [...] ‘não posso fazer nada, você não vai comer porque o doutor acha que vai fazer sua cesárea’”* (P9).

Entre o conjunto de intervenções obstétricas rotineiras destacaram-se também o uso de hidratação venosa e de ocitócitos durante o trabalho de parto. Em face do contexto de restrição alimentar, essas práticas eram valorizadas pelas informantes que acreditavam que o *‘soro bem forte’* ou *‘injeção de força’* (Nota: categoria nativa, as informantes utilizavam o termo *‘injeção de força’* para designar o

uso de ocitocina) seriam responsáveis por amenizar a fome e aumentar a disposição durante a parturição: *“Tomara que a mulher traga um soro bem forte para essa fome passar. Ele vai me dar injeção de força [...] Como é que a pessoa fica aqui sem comer nada? O menino não tem força nenhuma não, até eu fico sem coragem”* (P3); *“Não deram injeção de força, não colocaram soro [...] sem comer, sem beber um copo d’água, para ter uma criança de 4 quilos normal. Pedi, roguei, implorei para colocarem um soro em mim, porque estava com fome, muito fraca, nem água deixaram beber, se não ia ser cesárea para que não deixaram comer?”* (P9).

Tema cultural 4: “Eles já fazem a fila para fazer o toque em você”

Nesse tema cultural foram apresentadas as experiências das parturientes em relação aos exames de toque vaginal.

As mulheres ao chegarem à maternidade eram encaminhadas para atendimento médico de triagem/avaliação clínica e obstétrica. Entre os procedimentos, as mulheres eram submetidas ao exame de toque vaginal e a depender do quadro clínico admitidas.

Entretanto, após a admissão as mulheres relataram que os exames de toque vaginal eram consecutivos, sendo considerados desnecessários, com riscos e caracterizados como um sofrimento adicional: *“[...] o médico fez o exame de toque [...] a enfermeira fez de novo, não precisava [...] pode prejudicar o bebê”* (P10); *“Fizeram o toque [...] não disseram mais nada [...] e fizeram outro [...]. Parece que os médicos não confiam no que o outro disse. Quem sofre é a gente que tem que passar por isso de novo [...]”* (P11); *“Dois toques de uma vez, eu acho sem necessidade”* (P3).

Os exames vaginais constituíam experiência constrangedora e desagradável à medida que era realizado na ausência de privacidade, de esclarecimentos profissionais acerca da sua indicação e do

devido consentimento: “[...] *nem dizem para que (estão realizando novamente), se a gente quer ou como está. É logo enfiando a mão. Tinha hora que ficava morta de vergonha porque ficava um monte de gente ao redor[...]*” (P11); “[...] *além de ser no meio de um monte de gente*” (P10); “[...] *tive a sensação de ter colocado o braço todo dentro de mim [...]*” (P3).

Apesar da insatisfação com a forma de realização dos exames vaginais, as mulheres não verbalizavam o descontentamento em decorrência do medo de não conseguirem o internamento: “*E a gente não pode nem reclamar, porque fica com medo deles mandar voltar para casa [...]*” (P3); “[...] *teve vez que fizeram dois seguidos, mas não podia dizer nada, reclamar. Só queria que tudo aquilo passasse logo, rápido para ir para casa [...]*” (P11); “[...] *não sei porque ainda ficam fazendo [...] se já sabem que vai ser cesárea [...] só não digo nada porque eu tenho medo, porque eles são médicos, mas acho que não precisa*” (P6).

Durante a realização do exame de toque vaginal, as informantes em situação de violência obstétrica relataram que manipulação excessiva, a dor e desconforto eram mais elevados quando os exames vaginais eram realizados por médicos e ou estudantes do sexo masculino: “*Na hora que ele (médico) foi fazer o toque [...] eu me espremendo e ele soltando piada lá na sala [...] e eu fazendo de conta que não estava nem escutando. Ele dizia para o outro médico: ‘olha aí cara ela só fechando as pernas. Será que para fazer foi assim?’*” (P9); “*Quando um deles fez o exame de toque, o outro veio fazer também, porque foi logo dois. Já tem aquela coisa de ser dois homens [...] e eles são muito agressivos, depois do exame de toque fiquei sangrando [...] muito nervosa, chorei, me tremia toda [...]*” (P6).

Esses aspectos resultavam nos relatos de insatisfação das informantes que percebiam que a repetição ocorria para fins de aprendizagem acadêmica: “*Na hora do toque fica o médico e uns outros [...] é chato*

esse negócio, vem um e faz, depois vem outro. Deixa a gente mais dolorida, eu sei que é porque eles têm que aprender” (P6); “[...] *disse ao rapaz: [...] ‘em mim você não faz de novo’. A enfermeira veio dizer que é obrigação da gente deixar [...]. E eles já fazem a fila para fazer o toque em você. Duvido eu deixar, só faz um e pronto, eles não mandam em mim, não é dono do meu corpo*” (P1).

Tema cultural 5: "Veio só eu e meu marido, mas ele não pode entrar"

Nesse tema cultural, foram apresentados aspectos relativos à inserção de acompanhantes e o suporte recebido durante a parturição, escolhas, desejos e vivências das parturientes em relação ao (não) acompanhamento.

As mulheres relataram permanecerem sozinhas durante as fases clínicas do parto, sobretudo porque dependiam da disponibilidade de acompanhante do sexo feminino da sua rede social e comunitária: “*Pior que estou sozinha. Se minha mãe não vir, vou pedir para minha madrinha vir me acompanhar*” (P2); “*Estou internada e não tenho quem venha ficar comigo. É tão ruim você se sentir sozinha*” (P8); “*E, como vim sozinha, foi pior porque se você tem um acompanhante para dar uma palavra por você, para conversar, dar um apoio, é melhor*” (P11).

Algumas informantes dispunham no momento do parto apenas da presença de seus companheiros. No entanto, a instituição e/ou os profissionais de saúde não permitiam a presença de acompanhantes do sexo masculino: “*Meu esposo já tinha falado que queria assistir o parto. Mas aqui eles não deixam*” (P2); “*Para me acompanhar tem meu esposo, mas aqui não pode, eles dizem que é porque é homem não pode ver essas coisas*” (P8 “*Eu vi que muitas trouxeram a mãe, a tia, uma amiga, uma pessoa próxima, mas como minha família é distante, veio só eu e meu marido, mas ele não pode entrar para ficar*

comigo, ele ficou lá fora, agoniado sem ter notícia, sem saber se eu já tinha ganhado, como eu estava” (P11).

As mulheres formavam uma rede de suporte na qual forneciam apoio mutuamente, sendo que as parturientes recém-admitidas sem acompanhantes eram acolhidas por aquelas que se encontravam internadas e suas acompanhantes: *“Mas foi tranquilo, quem estava no quarto viu que eu estava sem ninguém e foi se achegando, puxando um assunto e foi ajudando” (P11).*

As informantes reconheciam o direito legal de acompanhamento e enfatizavam que o apoio recebido permitia que elas se sentissem mais seguras à medida que a acompanhante colaborava ativamente para reivindicar suas necessidades de cuidado tornando o processo de nascimento tranquilo: *“Dou graças a Deus ter uma acompanhante que ajuda muito, e por ser uma pessoa calma, a gente fica mais segura, tranquila, tem a quem recorrer, mas também para ser acompanhante, tem que ser uma pessoa que saiba conversar, explicar, buscar entender o porquê das coisas, porque se for deixar, esse povo da medicina estuda tanto, mas existe lei, a gente entende alguma coisa, a internet existe para a gente se informar” (P6).* *“[...] só de agora poder ter acompanhante você fica mais tranquila. Antigamente que nem podia ter, a gente ficava sozinha, meu primeiro filho foi aqui, só eu e Deus, é porque hoje em dia é lei, a pessoa tem direito a uma acompanhante, sempre teve. Agora não sei se os hospitais, a direção, aceitavam, mas aqui não aceitavam, entrava e pronto, ficava jogada” (P4).*

Tema cultural 6: "As enfermeiras são show de bola, mas os estagiários (de enfermagem) são melhores"

Nesse tema cultural foram apresentados aspectos relacionados ao modo como as parturientes percebiam a assistência de enfermagem durante as fases clínicas do parto.

Ao significarem o trabalho de parto como um ‘sofrimento’ decorrente das dores das contrações uterinas, algumas informantes qualificaram o atendimento obstétrico como satisfatório pela rapidez do nascimento: *“Não teve muito sofrimento porque meu sofrimento eu passei em casa [...] uma enfermeira me ajudou [...] num instante nasceu [...] achei bom porque cheguei e rapidinho ganhei [...]” (P10); “Não vou dizer que foi bom porque dor não é bom, é um sofrimento, mas o atendimento e o parto não demorou [...]” (P12).*

Apesar de uma informante não conseguir fazer distinção entre as categorias profissionais responsáveis pela oferta de cuidado: *“Para falar a verdade só sei quem é enfermeiro e quem é médico se tiver o nome na farda” (P2)*, algumas relataram que as enfermeiras ajudaram de forma paciente e atenciosa durante o trabalho de parto (Nota: Categoria nativa, as informantes utilizavam o termo ‘enfermeira’ para designar técnicas de enfermagem, enfermeiras e estudantes de enfermagem): *“As enfermeiras foram uns amores, todas pacientes, me ajudaram, só tenho a agradecer, foi uma benção que Deus colocou na minha vida [...]” (P12); “O atendimento é bom, as enfermeiras se preocupam demais com as pacientes” (P4).*

Entretanto, percebeu-se nos relatos uma diferença em relação ao cuidado obstétrico ofertado enfermeiras ‘velhas’ (profissionais do serviço) e enfermeiras ‘novinhas’ (estagiárias de enfermagem). As parturientes tinham uma visão negativa das enfermeiras do serviço em função da atenção incipiente durante o trabalho de parto: *“[...] as enfermeiras mais velhas não dão nem ousadia” (P12); “As enfermeiras são mais frias [...] de vez em quando vêm [...] não demoram, saem logo apressadas” (P7); “[...] as enfermeiras são um povo muito ocupado não param pra conversar direito, só chega, faz o que tem que fazer e pronto, e a gente fica lá deitada, sozinha, não pode sair, caminhar, fazer nada, como se a gente tivesse doente” (P6).*

Em contrapartida, a presença de estagiários no serviço configurava-se como determinante da satisfação das parturientes em relação ao cuidado obstétrico em função do acompanhamento contínuo durante as fases clínicas do parto “[...] *tinha umas enfermeiras bem novinhas ajudando, conversando, dizendo que a gente ia conseguir, que era forte [...] (P12); [...] fui bem atendida [...] teve três enfermeiras bem novinhas me ajudando, dando massagem nas minhas costas, andando comigo no corredor e ajudando na bola. As dores vinham, elas davam massagens, diminuíam [...] me ajudaram, do começo ao fim, até na hora que nasceu [...] (P13); [...] as enfermeiras são show de bola, mas os estagiários são melhores porque têm preocupação com você, um zelo maior [...] ficam o dia todo do lado [...], mas também vai do dia [...] da sorte (P7).*

Outras informantes reclamavam da postura impositiva dos profissionais ou de indiferença durante a assistência: “[...] *as enfermeiras são chatas [...] chegam querendo mandar [...] fazer as coisas, não dizem nada e acham ruim porque a gente não colabora [...] (P5); “Estou desde ontem sentindo dor, ninguém vem confortar, só vem para causar mais dor. Estou jogada [...] esperando a vontade de Deus” (P1); “Eles não estão nem aí para a gente, sou apenas mais uma que chega para parir (P3).*

Evidenciou-se dificuldade de obter informações relacionadas à assistência ou à linguagem técnica adotada pelos profissionais que dificultava o entendimento das parturientes: “[...] *As enfermeiras sempre dizem que não sabem quando a gente pergunta, que não pode” (P6); [...] você pergunta as coisas elas dizem que a gente pergunte ao médico, quando respondem [...] faz de conta que não está escutando” (P12); “Eu não entendi [...] é uma linguagem que eles explicam que eu não entendo. Ai também eu não perguntei, fiquei calada, com vergonha” (P7); “E a pessoa pergunta e fala as coisas, não dão muita importância,*

acham que a gente não entende, não tem conhecimento. Eu sou entendida nessa parte, minha família tem tradição de pegar menino, só porque estuda fica desse jeito”.

A partir das experiências vivenciadas, as mulheres tinham uma percepção negativa em relação ao trabalho das profissionais de enfermagem: “[...] *Para começar elas nem perguntam ao médico. Como é que elas vão saber? Por isso que eu digo que enfermeira não sabe de nada [...] (P6); [...] só trabalham por causa do dinheiro, não tem vocação, o dom de lidar com gente, parece até que não faz aquilo por gosto” (P2).*

Discussão

A representação social relacionada à maternidade identifica a parturição como uma experiência marcada por dor e sofrimento. A expressão e a reação à dor enquanto comportamento subjetivo ocorre em função da interpretação emocional, ambiental e social formatada pelas variações culturais e étnicas dos indivíduos^{14,15,16}.

As representações sociais acerca da dor são histórica e culturalmente infundidas no imaginário feminino à medida que se vinculam à descoberta e/ou (re)significação do processo de tornar-se mãe¹⁷. Assim, representaria o “preço a ser pago” que poderia ficar “quase esquecido” ao ter a recompensa do nascimento do filho, reforçando a conotação da ‘boa mãe’ que sofre ao parir para cumprir seu papel social¹⁵.

Em decorrência da naturalização desse aspecto, o parto vaginal adquiriu conotação de sofrimento, sendo significado como uma experiência traumática esperada pela maioria das mulheres de diferentes culturas¹⁸. Entre gritar e silenciar, essas reações encontravam-se relacionadas às distintas formas instituídas para enfrentamento da dor.

O silêncio pode representar manifestação de coragem, força, autocontrole e “de resistência simbólica, uma recusa à submissão aos significados

que o ambiente institucional impõe às parturientes e ao processo do parto”^{17:1486}. Em contrapartida, quando vocalizada pode remeter à fraqueza e incapacidade, ao contrapor as representações culturalmente construídas da dor enquanto acontecimento natural e esperado durante a parturição, sendo objeto de repreensão dos profissionais durante a assistência^{17,19}.

As crenças com base nos valores religiosos encontravam-se intrinsecamente relacionadas ao momento da parturição e influenciavam a mulher nesse período. Esse aspecto é reforçado pela consagração histórica e cultural da dor como “um ‘castigo’ para a mulher, sendo o seu sentido relacionado à necessidade de vivência da dor como um processo de purgação do pecado”^{18:824} pela desobediência de Eva à palavra de Deus e o parto doloroso representado ‘como um sofrimento de desígnio divino à maternidade’^{18:824} que se associa ao trecho bíblico “onde Deus disse à mulher: ‘multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores’”^{18:820}.

As mulheres são propensas a se apegarem à religiosidade na esperança de receber proteção divina durante a gestação e o parto¹⁴. Assim, a dor, enquanto condição inerente à parturição, e os aspectos religiosos constituem elementos culturais centrais determinantes do “sofrimento” materno - do ponto de vista emocional e físico - e, conseqüentemente, influenciam na preferência das mulheres por determinada via de parto^{14,20}.

A simbologia em torno do parto vaginal congrega visões distintas à medida que pode ser considerado natural, humanizado, sem intercorrências e de recuperação rápida²⁰ e como uma experiência intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante atrelada à dor¹⁵.

Em relação à dor, argumentos centrados no pressuposto de que a mulher não deve ser vista como “culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza”^{21:628} têm legitimado a utilização demasiada, por profissionais de saúde, de intervenções tecnológicas como benéficas à

parturição¹⁸.

Ao mesmo tempo em que difunde o medo de sentir dor durante o parto, a cultura introjeta nas mulheres a cesárea como melhor forma de nascimento, sendo considerada alternativa capaz de aliviar a dor e o sofrimento, frequentemente solicitada pelas mulheres e praticada na assistência obstétrica^{15,21}.

As motivações para realização da cesárea têm se apresentado paradoxalmente na prática clínica à medida que congregam visões conflitantes relacionadas à indicação, conveniência ou interesse do médico e à escolha, preferência ou desejo da mulher⁶.

A adoção de boas práticas pautadas no respeito do processo fisiológico, utilização criteriosa dos recursos tecnológicos disponíveis e baixos níveis de intervenções devem ser incentivadas para a promoção do parto e nascimento saudáveis²². Entretanto, com a institucionalização do parto, as mulheres são submetidas a procedimentos de rotina e exames obstétricos^{3,23}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estratifica em graus de recomendação um conjunto de práticas assistenciais relacionadas ao parto e ao nascimento²². No cenário cultural analisado, destacaram-se a realização de infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto (prática prejudicial ou ineficaz que deve ser abandonada), uso rotineiro de ocitocina (prática com evidências científicas insuficientes para apoiar uma recomendação clara), restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto e exames vaginais repetidos ou frequentes por mais de um cuidador (frequentemente utilizadas de forma inadequada), em detrimento de algumas práticas comprovadamente úteis que deveriam ser encorajadas²².

Via de regra, profissionais de saúde prescrevem o jejum de rotina para parturientes ancorados na visão do parto como evento patológico que pode, a qualquer momento, necessitar de

intervenção cirúrgica, evitando-se, assim, possíveis complicações²⁴. Entretanto, não há evidência científica que respalde a utilização dessa prática em mulheres com baixo risco de complicações, visto que a restrição de líquidos e alimentos não influencia nas taxas de cesáreas, partos instrumentais, índice APGAR menor que sete e duração do trabalho de parto²⁵.

Embora a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomende que mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, preferencialmente isotônicos ao invés de somente água, e aquelas que não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve²⁶, a taxa brasileira de dieta zero em parturientes alcança índices elevados (74,8%)²⁷.

O uso de hidratação venosa enquanto procedimento de rotina não apresenta benefícios nutricionais em relação à oferta de líquidos e dificulta a livre movimentação da mulher²⁸. Além disso, experiências negativas durante a parturição podem estar associadas à restrição da ingestão oral²⁵.

Dados da pesquisa *'Nascer no Brasil'* evidenciaram a combinação de amniotomia e infusão de ocitocina intravenosa a pretexto de manejo ativo do parto para acelerar o trabalho de parto de risco habitual e reduzir o número de cesarianas, sendo técnicas utilizadas respectivamente em 38,2% e 40,7% das mulheres investigadas²⁷.

Entretanto, o manejo ativo associa-se à pequena redução nas taxas de cesarianas sendo que os benefícios dessa discreta diminuição devem ser ponderados contra os riscos de sua utilização em mulheres de risco habitual, à medida que se configura como prática prescritiva e intervencionista^{27,29}.

Acresce-se que a infusão de forma rotineira e indiscriminada de ocitócitos pelos efeitos adversos configura-se prática potencialmente danosa ao desencadear uma cascata de intervenções implicando numa série de complicações maternas e neonatais,

aumento da dor e menor autonomia, controle e satisfação das mulheres²⁹⁻³².

Evidencia-se que não existe um consenso quanto à regularidade, quantidade, razões e indicações para realização dos exames vaginais³³. Ainda que se configurem como ferramenta diagnóstica frequentemente utilizada na prática para tomada de decisões clínicas ao fornecer informações sobre o progresso fisiológico do trabalho de parto^{23,34,35}, revisão sistemática apontou que não foram encontradas evidências para apoiar ou rejeitar a utilização de exames vaginais de rotina no trabalho de parto para melhorar resultados materno-fetais³⁶, tornando-se intervenção desnecessária se usada de forma padronizada durante a assistência³³ com potencial de consequências adversas³⁶.

Entretanto, nos serviços de saúde constata-se elevada frequência de realização de exames vaginais durante o trabalho de parto, em intervalos de tempo curtos, por vários examinadores^{23,37}, principalmente entre primíparas²³. Em decorrência da natureza íntima, a manipulação vaginal excessiva³⁴, desnecessária³⁷ indiscriminada, desrespeitosa e rotineira³⁵ implica em sentimentos negativos, riscos, constrangimentos e traumas que influenciam na experiência das mulheres na parturição²³.

Além dos desconfortos físicos e psicossociais, exames vaginais são rejeitados por algumas mulheres por se sentirem como modelos vivos em função de muitos profissionais serem treinados em serviço e sua realização excessiva ocorrer para fins de aprendizagem, figurando como procedimento agressivo às mulheres, especialmente quando realizado sem sua devida participação, compreensão e consentimento³⁵.

Na prática, as necessidades de aprendizagem parecem ser supervalorizadas em detrimento da autonomia ou integridade corporal das mulheres à medida que essas não têm direito à escolha ou à recusa informada³⁸. Abusos

dessa ordem permanecem normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos, além de evidenciar que o aparelho formador aborda a mulher apenas como objeto de sua atuação e continua a reproduzir práticas proscritas³⁸.

A inserção e participação do acompanhante de escolha da mulher durante a assistência obstétrica têm sido amplamente apontada na literatura como prática comprovadamente benéfica para satisfação global da mulher com a experiência do nascimento e desfechos maternos/neonatais favoráveis³⁹.

Entretanto, com a institucionalização do parto, os cuidados obstétricos sujeitaram as mulheres às rotinas institucionais^{3,39}, determinaram o afastamento de seus familiares, o isolamento e restrição ao leito em um ambiente desconhecido cercado por pessoas estranhas, que somado às atitudes negativas de alguns profissionais de saúde constituem fatores deflagradores e potencializadores da ansiedade e do medo que alteram a fisiologia do parto e impõe às mulheres uma vivência assustadora, de abandono, tristeza e solidão⁴⁰⁻⁴¹.

Dados da pesquisa '*Nascer no Brasil*' apontaram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante em nenhum momento da parturição, sendo referido como principal motivo a ausência de permissão do hospital (52%)⁴². O cumprimento institucional da legislação (Lei federal nº 11.108/2005) que garante a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante as fases clínicas do parto e pós-parto deve ser um imperativo nos serviços de saúde⁴⁰.

A presença do companheiro e/ou pai do bebê durante as fases clínicas do parto resulta em sentimentos positivos associados ao nascimento, transmite confiança e segurança, auxilia na formação do vínculo com o filho e na consolidação do vínculo familiar, configurando-se como um ato de valorização da mulher que fortalece o relacionamento conjugal⁴⁰.

Em algumas instituições hospitalares, a negação do direito ao acompanhante durante a parturição associada ao não estabelecimento de ações contínuas de cuidado pelos profissionais de saúde resultam em experiências negativas à medida que as mulheres vivenciam a solidão, medo e tristeza, contrapondo-se aos princípios da humanização da atenção obstétrica⁴¹.

A postura dos profissionais de saúde constitui determinante do cuidado que tem muito significado quando atitudes de interesse e responsabilização permeiam a assistência à medida que os usuários se sentem valorizados e atendidos em suas necessidades de saúde⁴³.

Entretanto, evidencia-se que há, muitas vezes, por parte do usuário fragilidade de compreensão ou mesmo indefinição, em termos de identidade e constituição, do que poderia ser significado como cuidado obstétrico à medida que a assistência direta do enfermeiro durante as fases clínicas do parto é fortemente influenciada pelas práticas médicas intervencionistas³² e encontra-se comprometida em decorrência da centralidade nas ações gerenciais, sendo as atribuições de cuidado, por vezes, delegadas a outrem⁴⁴.

Nesse sentido, a presença de acadêmicos de enfermagem é valorizada pelas mulheres à medida que assumem protagonismo no cuidado direto. Essa participação além de se aproximar com um modelo humanizado de assistência ao parto, reforça a importância dos aspectos relacionais como essenciais durante a parturição⁴⁵. O acompanhamento contínuo manifestado por proximidade, preocupação, disposição para o cuidado associadas à escuta qualificada das necessidades contribuem para o conforto da parturiente e facilitam o partejar⁴¹.

Entretanto, nos cenários de atenção obstétrica evidencia-se que profissionais de saúde se utilizam de relações de saber-poder, discursos subjacentes de apropriação/controlado do corpo feminino e

da parturição, que legitimam o uso arbitrário de condutas assistenciais, violam direitos, atentam contra a dignidade e manutenção da integridade física, psicológica e moral^{3,10,16,33,34,37,46}. Essas situações constituem um tipo de violência naturalizado que aviltam os pressupostos do consentimento informado, da atenção baseada em evidências científicas e dos princípios éticos que fundamentam as práticas em obstetrícia^{23,35,37}.

Evidencia-se, assim, a necessidade de implementar programas assistenciais e formativos que capacitem profissionais de saúde para desenvolvimento de competências culturais e promovam empoderamento e autonomia das mulheres para coparticipação nas ações e decisões^{39,47} com vistas a superar a padronização e generalização das ações assistenciais de modo a contemplar socioculturalmente as necessidades de saúde⁴⁸ e contribuir para a promoção de cuidados culturalmente congruentes pautados na humanização e integralidade da assistência obstétrica.

Conclusão

Referências Bibliográficas

1. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cad. saúde colet.* 2015;23(1):69-75. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>
2. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. The cultural construction of the birth process. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2013; 5(4):591-98. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.591-598>
3. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005;10(3):651-57. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>
4. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Härter J, Gonzales RIC. The historic route of childbirth care policies in brazil: na integrative review. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2013;7 (3):870-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i3a11552p870-878-2013>
5. Pereira ALF, Moura MAV. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. *Rev. enferm. UERJ.* 2008; 16(1):119-24.
6. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis (Rio J.).* 2015;25(3):885-904. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>
7. Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto & contexto enferm.* 2005;14(4):585-93. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000400016>

8. Alves CN, Wilhelm LA, Barreto CN, Santos CC, Meincke SMK, Ressel LB. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2015; 19(2):265-71. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>
9. Cecagno S, Almeida FDO. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século xx numa ótica cultural. *Texto & contexto enferm.* 2004;13(3):409-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300010>
10. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 2015;10(35):1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
11. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17:203. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>
12. Belém JM, Pereira EV, Rebouças VCF, Borges JWP, Pinheiro AKB, Quirino GS. Theoretical, methodological and analytical aspects of ethnographic research in obstetric nursing: an integrative review. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2020; 54: e03547. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018034203547>
13. Leininger M. Culture Care diversity and universality theory and evolution of the ethn nursing method. In: Leininger M, Mcfarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2ª ed. Boston (US): Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 01-42.
14. Bezerra MG, Cardoso MV. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. latinoam. enferm.* 2006; 14(3):414-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300016>
15. Ruano R, Prohaska C, Tavares AI, Zugaib M. Dor do parto - sofrimento ou necessidade? *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2007; 53(5):377-88. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500009>
16. Pereira Rr, Franco Sc, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev. bras. anesthesiol.* 2011; 61(3):376-388. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000300014>
17. McCallum C, Reis A P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2006;22(7):1483-91. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>
18. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(4):819-27. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400012>
19. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2008;10(1):100-09. <https://doi.org/10.5216/ree.v10i1.7685>
20. Lagomarsino BS, Van Der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *REME rev. min. enferm.* 2013;17(3):680-87. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130050>
21. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005;10(3):627-637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
22. WHO. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth.* 1997 [cited 2021 Apr 20];24(2):121-3. Available from: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
23. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reprod. health.* 2012; 9;1-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-16>
24. Wei CY, Gualda DMR, Santos Junior HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto & contexto enferm.* 2011;20(4):717-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>
25. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane database syst. rev.* 2013; 8:CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
26. Brasil. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Available from: URL: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

27. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. saúde pública.* 2014; 30(1):17-47. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
28. D'orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, *et al.* Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. saúde pública.* 2005;39(4):646-54. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400020>
29. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;16(9):CD004907. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004907.pub3>
30. Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Ocitocina: novas perspectivas para uma droga antiga. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva.* 2010; 4(4):161-72. <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.844>
31. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Lansky DCS. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery.* 2016;20(2):324-331. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
32. Silva EC, Santos IMM. The perception of women concerning their parturition. *R. pesq. cuid. fundam. online.* 2009. 1(2):111-23. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2009.v1i2.%25p>
33. Dixon L, Foureur M. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives.* 2010;42:21-26. Available from: URL: <https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/13828>
34. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth.* 2013;26(1):49-54. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.02.001>
35. Narchi NZ, Camargo JCS, Salim NR, Menezes MO, Bertolino MM. Utilização da “linha púrpura” como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2011;11(3):313-22. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300012>
36. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane database syst. rev.* 2013; (7): CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010088.pub2>
37. Wolff LR, Waldow VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.* 2008;17(3):138-51. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>
38. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2016; 20(56):253-59. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>
39. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Apoio contínuo para mulheres durante o parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017;7:CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
40. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto & contexto enferm.* 2016;25(1):e4080014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>
41. Santos LM, Pereira SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2012; 22(1):77-97. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100005>
42. Diniz CSG, D'orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. saúde pública.* 2014;30(Suppl 1):140-53. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013>
43. Nascimento NM, Progiante JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias utilizadas por enfermeiras durante o parto. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2010;14(3):456-61. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300004>
44. Giordani JN, Bisogno SBC, Silva LAA. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. *Acta paul. enferm.* 2012;25(4):511-16. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400005>
45. Carvalho NAR, Monte BKS, Soares MC, Nery IS. Experiência de acadêmicos de enfermagem na promoção do parto humanizado. *Revista Em Extensão.* 2018; 16(2):253-263. https://doi.org/10.14393/REE_v16n22017_rel09
46. Narchi NZ, Diniz CSG, Azenha CAV, Schneck CA. Women's satisfaction with childbirth' experience in different models of care: a descriptive study. *Online braz. j. nurs. (Online).* 2010; 9(2)

Suppl 1. Available from: URL: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3102/692>

47. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto & contexto enferm.* 2014;23(2):270-77. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002860013>

48. Belém JM, Pereira EV, Cruz RSBLC, Quirino GS. Divinization, pilgrimage, and social inequality: experiences of women in the access to obstetric assistance. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2021;21(1):327-34. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100017>

Como citar este artigo:

Belém JM, Pereira EV, Ferreira Júnior AR, Silva MRF, Quirino GS. Experiências de mulheres acerca dos cuidados obstétricos recebidos durante a parturição: abordagem transcultural. *Rev. Aten. Saúde.* 2022; 20(72): 142-158.

