

**Aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar: revisão integrativa**

**Cultural aspects related to pregnancy in the family context: integrative review**

**Aspectos culturales relacionados con el embarazo en el contexto familiar: revisión integrativa**

Recebido: 09/05/2020 | Revisado: 16/05/2020 | Aceito: 25/05/2020 | Publicado: 02/06/2020

**Lisie Alende Prates**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [lisieprates@unipampa.edu.br](mailto:lisieprates@unipampa.edu.br)

**Rhayanna de Vargas Perez**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2289-8141>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [rhayannaperez@hotmail.com](mailto:rhayannaperez@hotmail.com)

**Natália da Silva Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6952-7172>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [nataliasilvag\\_@hotmail.com](mailto:nataliasilvag_@hotmail.com)

**Carolina Heleonora Pilger**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6844-962X>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: [carolinapilger@gmail.com](mailto:carolinapilger@gmail.com)

**Laís Antunes Wilhelm**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6708-821X>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: [laiswilhelm@gmail.com](mailto:laiswilhelm@gmail.com)

**Martha Helena Teixeira de Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5898-9136>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [marthahts@gmail.com](mailto:marthahts@gmail.com)

## Resumo

**Objetivo:** identificar nas produções científicas os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar. **Método:** revisão integrativa da literatura, desenvolvido nas bases de dados LILACS, com os descritores “gravidez” e “cultura” e na PubMed, com os MeshTerms “pregnancy”, “culture” e “family relations”. A partir da questão de pesquisa e dos critérios de exclusão, foram selecionados 26 estudos. **Resultados:** identificou-se um conjunto de significados, percepções, práticas e vivências relacionadas com o significado da gestação, a alimentação e restrições diversas à gestante, a sexualidade, o sexo do bebê, a escolha pela via de parto e o papel do profissional de saúde. **Conclusão:** são necessárias novas formas de pensar e agir em saúde no âmbito da assistência à mulher e à família, durante o processo gestacional, considerando outras dimensões do cuidado na atenção pré-natal e valorizando os aspectos culturais que costumam ser pouco trabalhados pelos profissionais da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Gravidez; Cultura; Família; Relações familiares.

## Abstract

**Objective:** to identify in scientific productions the cultural aspects related to pregnancy in the family context. **Method:** integrative literature review, developed in LILACS databases, with the descriptors “pregnancy” and “culture” and in PubMed, with meshterms “pregnancy”, “culture” and “family relations”. Based on the research question and exclusion criteria, 26 studies were selected. **Results:** a set of meanings, perceptions, practices and experiences related to the meaning of pregnancy, food and restrictions diverse to pregnant women, sexuality, sex of the baby, choice by way of delivery and the role of the health professional were identified. **Conclusion:** new ways of thinking and acting in health in the context of care for women and families are needed during the gestational process, considering other dimensions of care in prenatal care and valuing the cultural aspects that are usually little worked by health professionals.

**Keywords:** Women's health; Pregnancy; Culture; Family; Family relationships.

## Resumen

**Objetivo:** identificar en las producciones científicas los aspectos culturales relacionados con el embarazo en el contexto familiar. **Método:** revisión de la literatura integrativa, desarrollado en bases de datos LILACS, con los descriptores “embarazo” y “cultura” y en PubMed, con meshterms “embarazo”, “cultura” y “relaciones familiares”. Sobre la base de la pregunta de investigación y los criterios de exclusión, se seleccionaron 26 estudios. **Resultados:**

identificamos un conjunto de significados, percepciones, prácticas y experiencias relacionadas con el significado del embarazo, la alimentación y las restricciones diversas para las mujeres embarazadas, la sexualidad, el sexo del bebé, la elección por medio del parto y el papel de los profesionales de la salud. **Conclusión:** se necesitan nuevas formas de pensar y actuar en salud en el contexto de la atención a las mujeres y las familias durante el proceso gestacional, considerando otras dimensiones de la atención en la atención prenatal y valorar los aspectos culturales que suelen ser poco trabajados por los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** Salud de la mujer; Embarazo; Cultura; Familia; Relaciones familiares.

## 1. Introdução

A gestação pode ser considerada uma experiência singular e multidimensional na vida da mulher e de sua família. É um evento permeado por aspectos sociais, emocionais, espirituais, psicológicos e socioculturais, ultrapassando, portanto, um significado maior do que um simples evento biológico (Sanfelice et al., 2013a; Sanfelice et al., 2013b).

Sob a perspectiva cultural e familiar, a gestação pode ser compartilhada por toda a família e pelo grupo social ao qual pertence a gestante (Prates et al., 2018), apresentando características próprias em diferentes comunidades e, até mesmo, na mesma coletividade (Van Der Sand et al., 2016). Logo, pondera-se que a gestação é um período concebido culturalmente por diversas crenças e práticas (Wilhelm et al., 2017), que envolvem o triáde mulher-bebê-família.

Nesse período, observa-se, de forma significativa, as tradições, valores e hábitos familiares sendo transmitidos de forma intergeracional (Sanfelice et al., 2013a). Ao mesmo tempo, é um período de intenso aprendizado e preparação para a mulher e a família (Medeiros et al., 2019), as quais precisam se reinventar, transformar e adaptar a todo esse contexto de mudanças de papéis, atribuições pessoais, alterações biopsicossociais e vivências.

A compreensão da gestação como um processo familiar é de fundamental importância para que os profissionais de saúde possam promover um cuidado congruente com a cultura de cada indivíduo e grupo, diminuindo a lacuna entre os saberes populares e profissionais (Sanfelice et al., 2013b). Ao respeitar e valorizar os aspectos culturais e familiares imbricados na vivência da gestação, os profissionais de saúde permitem-se ampliar sua visão sobre esse processo, propiciando práticas de cuidado contextualizadas ao grupo social e possibilitando envolvimento e o protagonismo da gestante e da família (Sanfelice et al., 2013a).

Assim, justifica-se a realização deste estudo de revisão integrativa da literatura, pois

ao conhecer os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar, pode-se fornecer subsídios para que os profissionais de saúde identifiquem e valorizem os diversos contextos culturais nos quais a gestantes estão inseridas, bem como as crenças e práticas que permeiam a vivência gestacional. Infere-se que esse conhecimento possa contribuir na redução de conflitos que podem advir nas relações das famílias com o sistema de cuidado oficial, seja em ambiente hospitalar ou na atenção básica, devido à diversidade cultural existente entre as práticas de cuidado populares, folk e profissionais durante o processo gestacional (Helman, 2014).

Ao mesmo tempo, propõe-se que esse estudo de revisão permita a reflexão dos profissionais de saúde acerca dos modelos de atenção à saúde oferecidos às famílias, durante a gestação, nos quais é preciso abandonar posturas etnocêntricas. Segundo o conceito de relativismo cultural (Laraia, 2011), infere-se que ao se deparar de contextos culturais diversificados, o profissional de saúde precisa evitar julgamentos de valor, tomando como base o seu próprio sistema cultural. Ele precisa compreender cada sistema a partir dos valores e conhecimentos presentes neste, os quais expressam a visão de mundo que orienta as práticas, os conhecimentos e as atitudes de cada indivíduo ou grupo. Diante do exposto, realizou-se a presente revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo identificar nas produções científicas os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida em seis etapas: 1) formulação da pergunta; 2) amostragem; 3) extração de dados dos estudos primários; 4) avaliação crítica; 5) análise e síntese dos resultados da revisão; e 6) apresentação da revisão (De Paula, Padoin & Galvão, 2015).

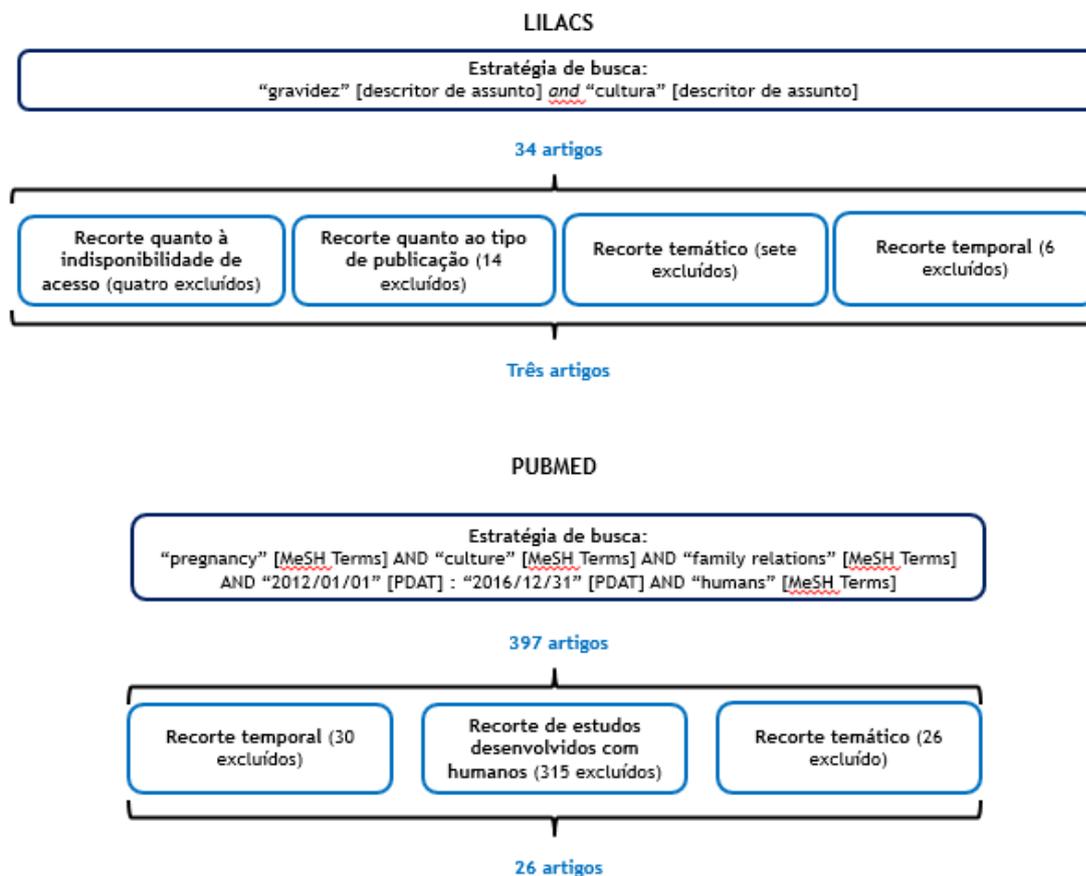
A busca bibliográfica foi desenvolvida na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed), utilizando o operador booleano AND. Essa busca procedeu-se em março de 2017, a partir dos descritores “gravidez” e “cultura”, na LILACS; e na PubMed, com os *MeshTerms* “*pregnancy*”, “*culture*” e “*family relations*”. As estratégias de buscas diferenciaram-se entre as bases de dados, pois quando utilizado o descritor “relações familiares” na LILACS, foi encontrado apenas um estudo, restringindo muito a busca. Desse modo, em virtude das características específicas das bases de dados, as

estratégias de busca dos artigos foram adaptadas, tendo como eixo norteador a questão de revisão e os critérios de inclusão adotados pelos pesquisadores.

A questão de pesquisa que guiou esta revisão foi: quais os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar? Entre os critérios de inclusão, foram considerados apenas os artigos originais oriundos de pesquisas; disponíveis *online* na íntegra; e publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão foram: artigos que não se relacionavam com a temática, não respondiam a questão de pesquisa ou não foram desenvolvidos com seres humanos.

Diante das buscas, dos 431 estudos encontrados, dos quais 34 estavam indexados na LILACS e 397 na PubMed, 26 foram selecionados e compuseram o corpus de análise desta revisão. Para melhor ilustrar a busca e os critérios de exclusão dos estudos, construiu-se um fluxograma (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma de seleção da produção científica acerca dos aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.



Fonte: Autores.

### 3. Resultados

Em relação ao objetivo desta revisão, os artigos evidenciaram como resultados um conjunto de significados, percepções, práticas e vivências relacionadas ao processo gestacional, segundo o contexto sociocultural e familiar de cada mulher. O processo gestacional emerge como um evento, marcado por uma diversidade de perspectivas, de acordo com a região, local e/ou contexto em que vivem as mulheres.

De maneira geral, verificou-se que as percepções, práticas e necessidades das gestantes são socioculturalmente definidas pelos valores e crenças (Parker, Mckinnon & Kruske, 2014) e que a gestação é compreendida segundo as crenças e costumes de cada contexto (Sámano et al., 2014). Além disso, a vivência da gestação é moldada e influenciada pela sociedade, cultura e o contexto no qual a mulher está inserida (Watts, Liamputtong & Mcmichael, 2015).

Assim, a cultura se apresenta como um conjunto de conhecimentos aprendidos e compartilhados entre os grupos e gerações, que transmitem valores, crenças, práticas, costumes normas e estilos de vida de um contexto particular e que são capazes de guiar de maneira padronizada o pensamento, as decisões e as práticas das gestantes (Gaudreau & Michaud, 2012).

A cultura é um aspecto tão essencial à existência humana, que quando ocorre o processo de aculturação, isto é, quando dois ou mais grupos culturais entram em contato, sofrem mudanças e resultam em uma nova cultura, os impactos podem ser negativos aos indivíduos de ambos grupos, e na gestação, isto não é diferente. Em mulheres mexicano-americanas, a aculturação foi relacionada ao aumento do distúrbio do sono, ao aumento dos sintomas depressivos durante a gestação, hábitos alimentares pouco saudáveis e um estilo de vida menos ativo (D'anna-Hernandez et al., 2016).

As mulheres mexicano-americanas não só vivenciam eventos negativos gerais de vida, que podem contribuir para sintomatologia depressiva no período perinatal, como também experimentam uma variedade de estressores culturais específicos. Esses estressores culturais incluem a aculturação, o processo multidimensional de mudança cultural e psicológica após o contato com outros grupos sociais, a discriminação percebida e as atitudes negativas ou injustas (D'anna-Hernandez, Aleman & Flores, 2015).

Até mesmo quando a gestação é vivenciada de forma precoce, como por exemplo, na adolescência, ela sofre influências dos aspectos culturais (Castro et al., 2016). Portanto, as experiências vivenciadas são influenciadas pelo contexto sociocultural em que as adolescentes

vivem (Watts, Liamputtong & Mcmichael, 2015). Nessa vivência, a adolescente passa para um novo *status* social, de ser mãe, no qual os rituais e tabus em torno da gravidez, mais do que prevenir problemas de saúde, estabelecem o início desta transição (Castro et al., 2016). O mesmo ocorre com mulheres de outras faixas etárias e contextos socioculturais, conforme verificado nos estudos encontrados.

Em algumas sociedades, como no México, a gravidez pode ser vista como uma obrigação feminina perante à sociedade, mesmo que esta prejudique a saúde da mulher e que ela tenha sido abandonada pelo companheiro. Os autores ainda destacam que, muitas vezes, a participação do companheiro é limitada, fazendo com que a gestação seja um evento próprio e único da mulher (Sámano et al., 2014).

Na Índia, a gestação é um evento muito esperado e pressionado pela família, após o casamento, pois assim as mulheres podem comprovar a sua fertilidade. A primeira gravidez é celebrada com rituais religiosos, pois entende-se que esta é um ritual de passagem no ciclo vital feminino. Nestes rituais, as mulheres ganham presentes, como pulseiras e saris (trajes indianos) (Raman et al., 2014).

No conjunto de práticas relacionadas ao processo gestacional, segundo o contexto sociocultural e familiar, verificou-se ênfase sobre as crenças e tabus alimentares. Em alguns casos, as crenças e os tabus são provenientes de aprendizados culturais que as mulheres não sabem explicar, pois são concepções que se difundem como verdade, mas cuja única base é o fato de serem repetidas de geração a geração (Demitto et al., 2015).

Durante a gravidez, os hábitos alimentares costumam ser modificados, especialmente no que diz respeito aos alimentos consumidos. Estas alterações estão ligadas às mudanças constantes no humor, aos desejos manifestados por determinados alimentos, como também a influência do ambiente familiar, que possui uma cultura arraigada a qual desencadeia forte influência na nutrição materna (Castro et al., 2016).

As práticas nutricionais são incorporadas como parte do modo de vida e tornam-se permeáveis à mudança, representadas pela incorporação de novos alimentos, forma de preparação, compra e consumo. Estas mudanças no aspecto da nutrição ocorrem em vista de costumes e crenças culturais que são transmitidas pela família e também socialmente impostas. O principal objetivo das crenças nutricionais, durante a gravidez, é proteger a saúde da mulher e do feto (Castro et al., 2016).

Pesquisa desenvolvida com mexicanas, por exemplo, constatou que, durante a gestação, elas aumentaram a frequência do consumo de legumes e frutas e a família apoiou a ingestão destes alimentos. Elas acreditavam que comer bem não significava necessariamente

ter uma dieta correta, isso porque sua percepção sobre comer de forma saudável estava relacionada aos tipos de alimentos que comiam e não pela sua quantidade. Alguns alimentos eram consumidos pelas gestantes, apesar de serem considerados “perigosos” durante a gestação, como àqueles picantes, as bebidas dietéticas, sal, pão, tortilhas, refrigerantes e café. Peixes e legumes foram mencionados como alimentos que podem fornecer benefícios à gravidez, no entanto, as gestantes pouco ou nunca os consumiam. Quando questionadas se acreditavam que alimentos “frios” ou “quentes” poderiam produzir algum efeito durante a gestação, elas mencionaram que estes não tinham nenhum significado e algumas, inclusive, mencionaram que se trata apenas de um mito (Sámano et al., 2014)

Estudo no Ramadã verificou que, durante o mês sagrado, todos os muçulmanos fisicamente capazes desenvolvem a prática do jejum. Eles também se abstêm dos líquidos, tabaco e medicações orais entre o nascer e o pôr do sol. Os autores reforçam que as gestantes com alguma condição de risco e/ou agravo e os indivíduos com doenças pré-existentes estão isentos desta prática. Apesar disso, muitas mulheres continuam realizando jejum durante a gravidez (Petherick, Tuffnell & Wright, 2014).

Alimentos como banana, manga, cana-de-açúcar e outros alimentos doces e frutas não são ingeridas por algumas mulheres, na Etiópia, como uma forma de proteger a saúde materno-infantil. Acreditava-se que estes alimentos podem causar trabalho de parto prolongado, hipertensão e sobrepeso no recém-nascido (Aragaw et al., 2015).

Estudo realizado em Gana verificou as gestantes possuem muitas restrições alimentares balizadas em crenças perpetuadas pelas famílias. As gestantes não devem comer à noite e nem em público, também devem sempre esconder sua comida de “estranhos”. Entre os alimentos proibidos estão os caramujos, ratos, alimentos quentes, pulmões de animais, mel, grãos de bambara, farinha de milho, manteiga de karité e alimentos “quentes”. Estes alimentos são associados a “partos difíceis”, sangramento intenso durante o parto, malformações congênitas no feto ou patologias no recém-nascido, além da morte da mãe, do bebê ou de ambos (Arzoaquoi et al., 2015).

Na mesma pesquisa, Arzoaquoi et al. (2015) verificou que outros alimentos não são proibidos, mas também não são recomendados, como ovos, carne fresca, leite fresco e alimentos frios e açucarados, pois acredita-se que estes aumentam o peso do feto, tornando o parto difícil e ocasionando, até mesmo, a morte da parturiente. A carne de cobra também não é recomendada na gravidez, pois existe a crença de que, após o nascimento, o bebê pode apresentar pele seca e escamosa.

Já as mulheres imigrantes e aborígenes manifestaram preocupação com o peso e com o crescimento adequado do bebê. Elas não aumentaram o consumo de alimentos, porque acreditavam isso poderia resultar no aumento do peso do bebê, o que as impediria de vivenciar um parto vaginal. Algumas mulheres imigrantes também destacaram que não comiam mais durante a gravidez, porque não precisavam “comer por dois”. A preocupação com o bem-estar do seu filho motivava as mulheres para modificações no estilo de vida. Uma participante revelou que era aconselhada a beber leite e comer maçãs para que o bebê apresentasse a pele clara (Higginbottom et al., 2016).

Em estudo com gestantes, no Ceará, foram observadas alterações nos hábitos alimentares relacionados à regularidade das refeições e no consumo de frutas e hortaliças. As participantes valorizavam a prática de uma alimentação adequada, contudo, coexistia o consumo de alimentos ricos em calorias. Quanto aos mitos e tabus, elas indicaram a existência de alimentos “fortes” e “fracos” e a necessidade de “comer por dois”. As crenças permearam a gravidez e trouxeram repercussões ao comportamento alimentar das mulheres (Castro et al., 2016). Já na Indonésia, as gestantes são proibidas de comer carne, peixe e ovos e algumas crenças alimentares são capazes de contribuir para a incidência de anemia (Widyawati et al., 2015). A revelação antecipada da gestante, o contato com alimentos e bebidas específicas, sair à noite e atitudes impregnadas de raiva também foram consideradas ações que podem expor uma mulher grávida a ataques espirituais, os quais atingem o corpo físico da mulher (Dako-Gyeke et al., 2013).

Dessa forma, as gestantes mantêm estas crenças alimentares, pois acreditam que estas restrições proporcionam a vivência de um parto seguro, mas também por respeito aos antepassados, pais e idosos da comunidade. Os tabus alimentares são considerados uma forma de instrução ou de comando de Deus, transmitida por gerações para salvá-los contra o mal e as doenças. Desafiar esses tabus e crenças é considerado não só como blasfêmia, mas um risco para a saúde. Portanto, as malformações congênitas, por exemplo, são consideradas como punição pela desobediência das normas culturais, incluindo o consumo de alimentos proibidos e o desrespeito pelas crenças de proteção e segurança à gravidez. Os responsáveis pelas punições são os antepassados, espíritos, chefes de família ou idosos da comunidade. As mulheres grávidas, consideradas desobedientes, são advertidas pelo marido, pelos idosos da comunidade ou pelos pais. Em alguns casos, quando a ofensa é considerada grave e ameaçadora, a gestante é levada a uma sacerdotisa para purificação do ventre, a fim de garantir um parto seguro. Além disso, quando ela desconsidera constantemente os tabus e crenças, pode ser enviada a sua mãe para aconselhamentos (Arzoaqui et al., 2015).

Pesquisa destacou a gravidez e o parto como experiências críticas, naturais, dolorosas e estressantes, que expõem a gestante e o feto a ameaças. Estas ameaças são psicológicas, sociais e não espirituais. As ameaças espirituais foram relacionadas com o estresse que emanava do sentimento de abandono por seus cônjuges durante a gravidez; as ameaças sociais incluíam a falta de apoio social ou familiar; e as ameaças não-espirituais abrangeram todas as formas de doenças gerais e acidentes como tonturas, febres, quedas e queimaduras. As gestantes também foram percebidas como vulneráveis a ataques espirituais, que poderiam levar à “destruição” da gravidez. Elas acreditam que os ataques espirituais se manifestam primeiro no sobrenatural e depois no físico. Nesse sentido, o abortamento espontâneo e outras complicações na maternidade podem ser consideradas manifestações físicas de tais ataques espirituais. Alguns participantes acreditavam que tais ataques espirituais estavam associados com bruxaria ou maldições de Deus. Além disso, as participantes acreditavam que os ataques espirituais eram parcialmente dependentes das ações adotadas pela mulher durante a gravidez (Dako-Gyeke et al., 2013).

Em algumas situações, as questões culturais podem interferir nos hábitos alimentares, levando as mulheres à desnutrição. Na Nigéria, por exemplo, as gestantes evitam determinados alimentos, como caracóis e carnes, pois acreditam que esses podem implicar no desenvolvimento fetal/infantil, podendo também prolongar ou atrapalhar o trabalho de parto e parto. Apesar disso, muitos destes alimentos apresentam fundamentais para uma dieta balanceada. Logo, infere-se que os tabus alimentares podem contribuir para práticas nutricionais pouco saudáveis na gravidez e na primeira infância. Estes achados enfatizam, portanto, a necessidade de abordar mitos e tabus nas principais campanhas nutricionais voltadas para mulheres grávidas e comunidades com crenças tradicionais sobre certos alimentos (Ekwochi et al., 2016).

As práticas alimentares e outros hábitos saudáveis também foram identificados em estudo com gestantes com diabetes gestacional. Constatou-se que as práticas culturais podem influenciar a manutenção de comportamentos saudáveis entre as mulheres que apresentaram diabetes gestacional. A doença pode ser prevenida por meio de uma alimentação saudável e da prática de atividade física, preservando os valores culturais existentes. O encorajamento e o apoio fornecido nas relações interpessoais e familiares também foram destacados como as principais motivações das gestantes para manter comportamentos saudáveis. As comunidades apoiaram a realização de atividades físicas, principalmente a caminhada. Os autores destacam a importância de propor intervenções, por meio de recursos educacionais culturalmente adaptados às necessidades e ao contexto social de cada gestante. Ao mesmo tempo, uma

abordagem centrada nos amigos e familiares, em vez de a gestante exclusivamente pode ajudá-las a manter comportamentos saudáveis (Gaudreau & Michaud, 2012).

As proibições envolvendo a gestação não se restringem à alimentação, abrangendo também as atividades e os hábitos de vida diária. Em países como a Indonésia, o companheiro determina onde e quem fará o acompanhamento pré-natal e parto da gestante (Widyawati et al., 2015). Em contrapartida, em alguns grupos, na África, não se verifica a participação masculina no processo gestacional, pois há a crença de que isso poderia representar uma submissão do homem à mulher (Ganle & Dery, 2015).

Em Gana, as mulheres grávidas não devem tomar banho à noite, não devem manter o chuveiro ligado muito tempo antes de tomar banho, nunca devem cruzar as pernas enquanto sentam, não devem carregar nozes de palma, banana e banana, não devem cortar lenha, não devem permanecer na posição supina enquanto comem, não devem responder às chamadas à noite, não devem deixar os cabelos soltos, nunca devem ter relações sexuais com outro homem, não devem roubar, não devem rejeitar alimentos ou presentes de seu marido e familiares, não devem usar duas cores diferentes de sandálias (Arzoaquoi et al., 2015).

Outras práticas envolvendo gestantes, no Paraná, abrangeram a utilização de esponjas nos mamilos, a massagem da mama para formar o mamilo, simpatias para descobrir o sexo do bebê, a concepção de que gestante não pode passar frio e nem usar blusa curta para o bebê não ter cólica e de que ela também não pode dormir muito para que o bebê não nasça preguiçoso (Demitto et al., 2015).

Associada às restrições, foram identificadas percepções e crenças relacionadas a sexualidade durante o período gestacional. Constatou-se que a gestação pode trazer implicações para a vida sexual do casal. Algumas mudanças causadas pela gravidez foram referidas como desconfortos, capazes de levar às mulheres a se sentir menos sensuais e menos sexualmente atrativas. Assim, elas passam a acreditar que não corresponderem ao padrão estético disseminado culturalmente. Ademais, verificou-se que algumas mulheres ou casais acreditam que o ato sexual pode causar interferências à saúde do feto, o que gera ansiedade e medo de que o bebê venha a ser prejudicado. Diante deste cenário, verificam-se interferências e dificuldades na relação conjugal, especialmente em relação à sexualidade (Araújo et al., 2012).

Além das simpatias para descobrir o sexo do bebê, também foi identificada a presença de rituais para auxiliar nessa determinação entre mulheres indianas (Neogi et al., 2015). No Uruguai, as mulheres acreditam que a forma do abdome da mulher ou seus comportamentos podem revelar o sexo do bebê (Bentancur, Heinzen & Celio, 2012).

Em algumas regiões da Índia, o desejo por um bebê do sexo masculino leva muitas mulheres a realizarem abortamentos ou utilizar rituais indígenas. Alguns deles incluem o consumo de uma dieta especial antes e depois da concepção, a recitação de cantos e a escolha pelo momento e pela data da relação sexual, considerando o dia e a lua vigente. Além disso, algumas gestantes também ingerem determinados medicamentos com leite de vaca, durante o primeiro trimestre de gravidez, pois acreditam que estas drogas podem garantir o nascimento de um filho do sexo masculino. Algumas destas medicações estão disponíveis em farmácias, mas também podem ser encontradas com curandeiros e aldeões locais. O consumo de tais drogas é perigoso e prejudicial para o crescimento e desenvolvimento do embrião, uma vez que estes contêm fitoestrógenos e testosterona em quantidades além das quantidades aceitáveis. É provável que isso tenha implicações de longo prazo sobre a saúde da comunidade (neogi et al., 2015).

Já em outras regiões da Índia, identificou-se que as mulheres possuíam uma preferência pelo sexo feminino. Elas destacavam o desejo de ter uma menina e afirmavam que “os meninos eram um desperdício”, já que não se preocupavam como o cuidado de suas famílias. As mesmas participantes do estudo em questão querem famílias pequenas e saudáveis, uma vez que compreendia que famílias maiores demandavam muitos investimentos com habitação, saúde, educação, entre outros (Raman et al., 2014).

Nos estudos, também foi evidenciada a utilização de plantas e ervas medicinais, durante a gestação. Na África, por exemplo, o uso de plantas e ervas mostrou-se associado às crenças culturais e pessoais, ao alto custo e à baixa acessibilidade à medicina convencional e aos cuidados de saúde. As plantas medicinais também foram usadas com base na tradição. Em muitos casos, elas não eram utilizadas como tratamento, mas com o intuito de fornecer bem-estar e combater o cansaço. Quando utilizadas para o tratamento, as plantas são utilizadas contra a malária, infecção do trato urinário, cefaleia, refluxo, êmese e febre. Habitualmente, estas plantas começaram a ser utilizadas após as recomendações de amigos e familiares ou por iniciativa da própria mulher. Ao serem questionadas sobre fontes preferenciais de informação sobre tratamentos durante a gravidez, preferiam procurar conselhos da família ou amigos. A maior parte das mulheres acreditava que as plantas medicinais não poderiam causar quaisquer efeitos adversos para a mãe (Nergard et al., 2015).

Em Gana, algumas gestantes também utilizam ervas medicinais combinadas com medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Elas afirmam que, em algumas situações, as ervas medicinais foram capazes de tratar agravos e/ou complicações, que os medicamentos não conseguiram. Elas também acreditavam que os fármacos poderiam

enfraquecê-las e que as ervas medicinais fortaleciam o bebê. As ervas são utilizadas no tratamento contra a malária, êmese, sangramento, infertilidade, entre outros (Dako-Gyeke et al., 2013).

Outra prática valorizada culturalmente envolve a realização da ultrassonografia obstétrica. Pesquisa revela que, antes do exame, muitas mulheres negam a presença de movimentos fetais e, inclusive, referem que a gestação parece algo irreal. Entretanto, ao ver a imagem do bebê na ultrassonografia, a subjetividade materna e novas identidades são criadas, assim como atitudes de responsabilidade maternal. A partir deste exame, a mulher começa a desenvolver um novo relacionamento com o feto, que agora é um ser “real” (Schwennesen & Koch, 2012).

As crenças, expectativas, percepções e preparo para o parto e a cesárea também foram destacados nos estudos. Por exemplo, uma das crenças que ainda persiste entre as mulheres uruguaianas é a ideia de que há uma relação entre o trabalho de parto e os fenômenos naturais, como as tempestades e as fases da lua (Bentancur, Heinzen & Celio, 2012).

Ainda foi possível verificar diferentes percepções sobre o parto e a cesárea. Nessa direção, um estudo com gestantes de Gana revelou que elas temem a cesárea, pois acreditam que esta significa que a incapacidade da mulher em parir. Contudo, elas destacam a importância de vivenciar o parto em ambiente hospitalar, pois acreditam que este é o local mais seguro (Dako-Gyeke et al., 2013).

Pesquisa com mulheres nigerianas revela que elas possuíam aversão à cesárea, pois temiam que o procedimento cirúrgico pudesse levar à infertilidade ou à morte. Logo, é compreendida como a última opção, uma cirurgia que deve ser realizada apenas em situações de emergência. O parto vaginal foi entendido como um evento “normal” e símbolo de feminilidade, que era vivenciado naturalmente pelas mulheres da família. Assim, elas acreditam que “mulheres de verdade” vivenciam o parto por via vaginal e que a realização de cesárea revela uma incapacidade feminina, além de representar falta de força e, até mesmo, preguiça. Logo, elas reconhecem apenas o parto vaginal como via de nascimento e recusam a cesárea, pois querem ser reconhecidas como mulheres que têm capacidade e força (Ugwu & Kok, 2015).

Entre as primíparas, o desejo pelo parto vaginal é ainda maior, pois àquelas que já vivenciaram o parto e que, em uma nova gestação, precisam passar pela cesárea, já não apresentam tanta pressão sociocultural sobre o seu papel social. Em alguns casos, inclusive, os significados socioculturais ligados à cesariana estavam ligados à maldição ou ataque espiritual, que exigem intervenções de curandeiros populares. Assim, acredita-se que cesárea

pode ser evitada quando a mulher enfatiza sua fé em Deus. Portanto, por meio da intervenção divina, o parto vaginal pode ser possível. Quando a fé não é capaz de auxiliá-las e elas precisam realizar o procedimento cirúrgico, algumas podem ter o seu *status* de esposa comprometido, isto porque elas podem ser abandonadas pelos cônjuges, o que faz com que a cesárea seja ainda mais temida pelas gestantes (Ugwu & Kok, 2015).

Entre mulheres de um estudo em Gana, o parto domiciliar foi considerado seguro, enquanto que o parto em ambiente hospitalar foi visto como uma falha no processo, além de uma punição (Arzoaquoi et al., 2015). Em contrapartida, em pesquisa realizada na Somália, a maioria das mulheres acreditava que o parto hospitalar era mais seguro que àquele vivenciado no domicílio. O parto vaginal foi considerado como “normal” ou “natural” e, geralmente, é a via preferida entre as mulheres. A maioria das mulheres considerava que a cesariana não era uma via natural de nascimento e a consideravam como o último recurso (Moxey & Jones, 2016).

Também foi atribuído um valor cultural ao parto domiciliar, entre mulheres de Florianópolis. A casa foi entendida como um local sagrado para a vivência de uma experiência que agrega valores existenciais ao ato fisiológico do nascimento. As mulheres buscam por essa modalidade de atendimento, com o intuito de escapar da rotina mecanizada das instituições (Feyer et al., 2013)

Um estudo desenvolvido na Austrália constatou que as gestantes indígenas não conseguiam desenvolver suas práticas culturais, durante a gravidez e o nascimento. Especialmente, no ambiente hospitalar, enquanto elas vivenciavam o trabalho de parto e parto, as gestantes não questionaram a possibilidade de realizar estas práticas culturais, pois presumiram que não seria possível. Elas revelaram o desejo pela vivência do parto na própria comunidade, pois o deslocamento para o hospital demanda a interrupção do trabalho do marido para viajar, sentimentos de isolamento devido à ausência do companheiro e/ou familiares e recursos financeiros insuficientes para a viagem e acomodações na cidade. As gestantes também informaram que se sentiam constrangidas ao serem atendidas por profissionais de saúde do sexo masculino, bem como para discutir questões de saúde reprodutiva em geral. Portanto, não poder escolher o gênero do profissional de saúde que realizará a assistência gera sofrimento nestas mulheres (Parker, Mckinnon & Kruske, 2014). Outra pesquisa também constatou que as práticas culturais das mulheres eram desvalorizadas nos serviços de saúde. Ao longo do processo de trabalho de parto e parto, as mulheres permanecem isoladas, distantes de suas redes de apoio (Russo et al., 2015).

Estudo realizado na Etiópia revela o desejo de mulheres pela vivência do parto na companhia de familiares, amigos e vizinhos, que estejam familiarizados com o seu contexto cultural. Entre as práticas realizadas nesse evento, foi mencionada a massagem abdominal; agachamento; posição supina durante o parto; alimentos, bebidas ou rituais durante ou após o parto; e oração ou aspersão de água benta. Todavia, foi enfatizado que as instituições serviços de saúde não permitem acompanhantes durante o trabalho de parto (Aragaw et al., 2015).

O parto e a cesárea também foram associados à prática da infibulação, muito comum na Somália. A infibulação consiste em uma circuncisão e sutura dos orifícios genitais ou introdução de anel ou colchete, a fim de impedir relações sexuais. A infibulação pode ser desfeita durante a gestação ou parto. Contudo, as mulheres que passaram por esse procedimento têm receio de ter alguma complicação e/ou dor durante o parto. A proximidade do parto exacerbava os sentimentos negativos e o medo da gestante. Elas acreditavam que poderiam apresentar sangramento intenso, infecção e laceração perineal. Entretanto, algumas se submetiam ao parto, pois outras mulheres relataram experiências positivas e, partos mais fáceis após a desinfibulação. A maioria das mulheres preferiu ser desinfibulada durante o período intraparto, em vez da gestação, devido à relutância em submeter-se a dois procedimentos invasivos. Na Somália, também existe a crença de que a região suturada deve ser “aberta” pelo marido para engravidar, usando força e/ou instrumentos, se necessário (Moxey & Jones, 2016).

Além das percepções sobre a cesárea e o parto, também emergiram as concepções em relação aos profissionais que assistem às mulheres nesses eventos. Participantes de uma pesquisa na China expressaram que preferiram ser acompanhadas durante o período grávidico-puerperal por um obstetra, pois tinham receio que uma parteira não seria capaz de assisti-las, caso houvesse alguma complicação intraparto. Elas ainda acreditam que, se for necessário a realização de uma cesárea, a parteira não pode fazer o procedimento cirúrgico (Lee et al., 2014).

Os estudos reforçam a necessidade de que as práticas culturais sejam reconhecidas pelos profissionais de saúde como sendo legítimas e culturalmente significativas. As mulheres podem continuar seguindo suas crenças e choques culturais podem ocorrer, quando profissionais e usuárias se deparam com diferentes práticas de saúde. Portanto, é preciso levar em conta o contexto cultural e o modo de vida das pessoas que usufruem dos serviços para que possam ser construídos modelos de saúde abrangentes, capazes de responder às necessidades reais dos indivíduos (Russo et al., 2015; Bentancur, Heinzen & Celio, 2012; Higginbottom et al., 2016). Caso contrário, as mulheres podem deixar de buscar os serviços

de saúde devido à ausência de cuidados culturalmente adequados (Parker, Mckinnon & Kruske, 2014).

Os profissionais de saúde também precisam entender os contextos socioculturais que influenciam crenças e práticas. Isto só pode ser conseguido por meio do envolvimento da família e de outros indivíduos que compõem a rede de apoio da mulher (Raman et al., 2014). Nesse contexto, a atuação do enfermeiro no acompanhamento pré-natal na atenção primária de saúde também foi destacada. Esse profissional foi reconhecido pela sua capacidade de reconhecer a importância de valorizar a cultura dos indivíduos (Demitto et al., 2015). Para isso, o enfermeiro precisa adquirir continuamente conhecimentos e competências para desenvolver um cuidado culturalmente sensível (Widyawati et al., 2015).

#### **4. Discussão**

A partir dos resultados expostos nesta revisão, é possível verificar que os significados atribuídos à gestação diferem-se de acordo com o contexto cultural em que é vivenciada. Em algumas populações, esse evento foi representado como uma fase em que a mulher demanda cuidados especiais da família, comunidade e profissionais de saúde. De maneira geral, foi significada como um período que, embora saudável, implica no desenvolvimento de práticas voltadas à manutenção e/ou à promoção da saúde materno-infantil (Van Der Sand et al., 2016). Assim, verificou-se ênfase nos hábitos alimentares, os quais, em alguns casos, precisaram ser alterados na rotina das gestantes.

A alimentação da gestante sempre suscita dúvidas, exalta saberes intergeracionais e assume papel de destaque no cuidado pré-natal (Junges, Ressel & Monticelli, 2014). As crenças, valores, prescrições e restrições alimentares têm grande valor cultural para as gestantes e famílias (Sanfelice et al., 2013a). A rede de símbolos e significados culturais orientam as mulheres a optarem ou preferirem determinados alimentos, ao mesmo tempo em que descartam ou restringem outros (Junges, Ressel & Monticelli, 2014). As prescrições e proibições são valorizadas e desenvolvidas, pois proteger a mãe e o feto. Além disso, em algumas sociedades, acredita-se que se estes cuidados não forem respeitados, podem causar deformações ou danos físicos no bebê (Sanfelice et al., 2013a).

As crenças, comportamentos e concepções, presentes no sistema familiar, revelam a forma como os indivíduos concebem e interpretam seus corpos e a própria saúde e na escolha por determinadas práticas de cuidado (Reis, Santos & Paschoal Júnior, 2012). Nessa direção, também se observou que, durante a gestação, a mulher vivencia algumas proibições e

restrições, as quais podem ser impostas, exigidas e exaltadas pelo grupo familiar.

As recomendações quanto às atividades que podem ser desenvolvidas ou não pela mulher, durante a gestação, sugerem normas estabelecidas culturalmente, com o intuito de reduzir os riscos da gestação, preservar a saúde e bem-estar da mãe e do bebê e, até mesmo, evitar a morte de ambos. Essas regras e cuidados atribuem grande responsabilidade à mulher, pois ela passa a compreender que, se algum atingir o feto ou ela mesma, significa que deixou de realizar alguma prática recomendada ou não respeitou alguma restrição. Portanto, sob essa perspectiva, as questões de gênero revelam-se, determinando as regras e condutas de homens e mulheres diante da gestação, atribuindo à mulher a responsabilidade sob o cuidado dos filhos, antes mesmo do seu nascimento (Sanfelice et al., 2013b).

Dentre as restrições vivenciadas pela mulher, emergiu ainda a vivência da sexualidade. Dessa forma, verificou-se que a gestação, além de todas as alterações físicas, sociais e culturais, também implica em reajustes no relacionamento conjugal. Todas as mudanças e adaptações, no período gestacional, são capazes de afetar profundamente a vida do casal em todos os sentidos (físico, emocional, existencial e também sexual). Com isso, em algumas situações, é possível perceber a redução da frequência e disposição sexual, as quais estão associadas à estética, especialmente para a mulher, mas também ao medo de prejudicar o bebê. Assim, a cultura também pode determinar a realização de determinadas práticas sexuais e na sua frequência (Sanfelice et al., 2013b).

Na sequência, observou-se o desejo da mulher e familiares em descobrir precocemente ou “escolher” o sexo do bebê, os quais vêm acompanhados de simpatias e determinadas práticas culturais, bem como a partir da realização de ultrassonografia obstétrica. Infere-se que essas ações e práticas estão ligadas às expectativas construídas em torno da criança e também sobre a necessidade de criar uma imagem para este novo ser (Sanfelice et al., 2013a). A realização do ultrassom, em particular, implica às mulheres e famílias na produção do bebê como ser social. Quando o sexo é estabelecido, o bebê toma os contornos de uma pessoa, com identidade própria, espetacularizando, assim, a realização do ultrassom obstétrico (Chazan, 2007).

A escolha pela via de parto também se revela como um aspecto influenciado por aspectos socioculturais, familiares e experiências anteriores. Nos estudos incluídos nesta revisão, as expectativas em relação ao parto e à cesárea são perpassadas por características culturais, como coragem ou medo, necessidade ou não de vivenciar a dor, risco e segurança destas vias e a tentativa de planejamento do cotidiano familiar em torno do evento do nascimento. O exercício da autonomia durante o processo parturitivo também emergiu como

um aspecto a ser considerado na escolha da via de parto e este demonstrou ter relação com as condições culturais, sociais e econômicas de cada população, instituição de saúde e contexto social (Weidle et al., 2014).

Nessa direção, destacou-se o papel dos profissionais de saúde que assistem às mulheres durante esse evento e no período gravídico-puerperal como um todo. Sob a ótica cultural, revelou-se a importância dos profissionais de saúde em valorizar e compreender a diversidade e desenvolver sensibilidade frente às questões relacionadas com a cultura. Essas habilidades convergem com o conceito de competência cultural, que abrange a capacidade do profissional de saúde de trabalhar/assistir/cuidar de pessoas culturalmente diferentes (Vilelas & Janeiro, 2012). Assim, infere-se que as questões relativas à gestação não podem ser analisadas de forma isolada das dimensões sociais, mediadas e permeadas pelo contexto familiar e cultural, que conferem sentido a essa vivência.

As interpretações e intervenções sobre a gestação, precisam ser balizados pelo conceito de relativismo cultural, evitando, assim, posturas e análises etnocêntricas dos profissionais de saúde. A família precisa ser considerada e incluída no cuidado à saúde materno-infantil, valorizando as suas crenças, valores, tradições e visões de mundo, as quais podem orientar o profissional de saúde a direcionar suas práticas de cuidados aos indivíduos.

A mulher provém de uma família e de uma cultura. Reis, Santos & Paschoal Júnior, (2012) afirma que a valorização e o reconhecimento do contexto cultural e familiar em que a gestante está inserida contribuem para o entendimento de que este determina estilos de vida, condutas, concepções e modelos de cuidado. A partir dessa compreensão, entende-se que é possível transcender antigos conceitos do processo saúde-doença, lançando uma nova perspectiva de cuidado, que ultrapassa o modelo biomédico, intervencionista ou curativista.

## **5. Considerações Finais**

Esta revisão integrativa da literatura apresentou a produção científica sobre os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar. Evidenciou-se um conjunto de significados, percepções, práticas e vivências relacionadas ao processo gestacional, segundo o contexto sociocultural e familiar de cada mulher. Estes envolvem o significado da gestação, a alimentação e restrições diversas à gestante, a vida sexual do casal, as expectativas e desejos em torno do sexo do bebê, a escolha pelo parto ou pela cesárea e o papel do profissional de saúde ao longo do período gravídico-puerperal.

Diante da diversidade cultural apresentada nos estudos, reforça-se a importância de o

profissional de saúde promover novas formas de pensar e agir em saúde no âmbito da assistência à mulher e à família, durante o processo gestacional, considerando outras dimensões do cuidado na atenção pré-natal e valorizando os aspectos culturais que costumam ser pouco trabalhados pelos profissionais da saúde. Pondera-se que o cuidado à saúde, na contemporaneidade, requer o desenvolvimento de estratégias inclusivas e transformadoras da realidade de saúde vigente, ampliando e favorecendo ações de saúde que agreguem os saberes populares e científicos. Espera-se que o estudo de revisão desenvolvido promova e incentive novos olhares sobre a cultura, que marcam o processo gestacional das famílias, considerando outras dimensões do cuidado na atenção pré-natal e valorizando aspectos pouco trabalhados pelos profissionais da saúde, como a participação da família e o contexto sociocultural.

### Referências

Abdollahi F, Etemadinezhad S & Lye MS. (2016). Postpartum mental health in relation to sociocultural practices. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55:76-80. doi: 10.1016/j.tjog.2015.12.008

Aragaw A et al. (2015). Cultural competence among maternal healthcare providers in bahir dar city administration, Northwest Ethiopia: cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(22):1-10. doi: 10.1186/s12884-015-0643-8

Araújo NM et al (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3):552-558. doi: 10.1590/S0080-62342012000300004

Arzoaquoi SK et al (2015). Motivations for food prohibitions during pregnancy and their enforcement mechanisms in a rural Ghanaian district. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 11(59):1-9. doi: 10.1186/s13002-015-0044-0

Bentancur GSC & Heinzen J & Celio, M. S. N. (2012). Creencias populares en salud materna. *Revista de Salud Pública*, 16(3):9-20.

Castro JBR et al. (2016). Social portrayal of nourishment and repercussions in nutritional habits of pregnant adolescents. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 38(2):191-7. doi: 10.4025/actascihealthsci.v38i2.28351

Chazan LK (2007). “*Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro.

D’anna-Hernandez KL, Aleman B & Flores AM (2015). Acculturative stress negatively impacts maternal depressive symptoms in Mexican-American women during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 176:35–42. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.036

D’anna-Hernandez KL et al. (2016). Sleep moderates and mediates the relationship between acculturation and depressive symptoms in pregnant Mexican American women. *Maternal and Child Health Journal*, 20(2): 422–33. doi: 10.1007/s10995-015-1840-9

Dako-Gyeke P et al (2013). The influence of socio-cultural interpretations of pregnancy threats on health-seeking behavior among pregnant women in urban Accra, Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(211): 1-12. doi:10.1186/1471-2393-13-211

De Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. (2015) *Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde*. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá.

Demitto MO et al (2015). Gestação, parto e puerpério: práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 12(2):6-21.

Ekwochi U et al. (2016). Food taboos and myths in South Eastern Nigeria: The belief and practice of mothers in the region. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 12(7):1-6. doi: 10.1186/s13002-016-0079-x

Feyer ISS et al. (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6):879-886. doi: 10.1590/S0034-71672013000600011

Ganle JK & Dery I (2015). “What men don’t know can hurt women’s health”: a qualitative study of the barriers to and opportunities for men’s involvement in maternal healthcare in Ghana. *Reproductive Health*, 12(93):1-13. doi: 10.1186/s12978-015-0083-y

Gaudreau S & Michaud C (2012). Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(3):140-8.

Helman C. (2014). *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. [e-Pub]. 2a ed. Grã-Bretanha: Butterworth.

Higginbottom GM et al. (2016). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(20):1-15. doi: 10.1186/s12884-015-0773-z

Higginbottom GM et al. (2014). Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(370):1-13. doi: 10.1186/s12884-014-0370-6

Junges CF, Ressel LB & Monticelli M (2014). Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2):382-390. doi: 10.1590/0104-07072014000210013

Laraia RB (2011). *Cultura: um conceito antropológico*. 24ª reimpr. Rio de Janeiro: Zahar.

Lee TY et al. (2014). A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *Health Services Research Journal*, 14(114):1-9. doi: 10.1186/1472-6963-14-114

Medeiros, A. P. P. A importância do planejamento gestacional para diferentes gerações de mulheres. *Research, Society and Development*, 8(2):e2282661. doi: 10.33448/rsd-v8i2.661

Moxey JM & Jones LL (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open*, 6(1):1-8. doi:10.1136/bmjopen-2015-009846

Neogi SB et al (2015). Consumption of indigenous medicines by pregnant women in North India for selecting sex of the foetus: what can it lead to? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(208):1-8. doi: 10.1186/s12884-015-0647-4

Nergard CS et al (2015). Attitudes and use of medicinal plants during pregnancy among women at health care centers in three regions of Mali, West-Africa. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 11(73):1-11. doi: 10.1186/s13002-015-0057-8

Parker S, Mckinnon L & Kruske S. (2014). “Choice, culture and confidence”: key findings from the 2012 having a baby in Queensland Aboriginal and Torres Strait Islander survey. *BMC Health Services Research*, 14(196):1-12. doi:10.1186/1472-6963-14-196

Petherick ES, Tuffnell D & Wright J (2014). Experiences and outcomes of maternal Ramadan fasting during pregnancy: results from a sub-cohort of the Born in Bradford birth cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(335):1-9. doi: 10.1186/1471-2393-14-335

Prates LA et al (2018). Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 3):1324-34. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0541

Raman S et al (2014). “Nothing special, everything is Maamuli”: socio-cultural and family practices influencing the perinatal period in urban India. *PLoS ONE*, 9(11):1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0111900

Reis AT, Santos RS & Paschoal Jr A (2012). O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1):129-35.

Russo A et al (2015). A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(197):1-13. doi: 10.1186/s12884-015-0631-z

Sámano RS et al (2014). Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazos de riesgo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5):1419-28. doi: 10.1590/1413-81232014195.15242013

Sanfelice C et al (2013a). Crenças e práticas do período gestacional. *Saúde (Santa Maria)*, 39(2):35-48. doi: 10.5902/223658345524

Sanfelice C et al (2013b). Saberes e práticas de cuidado de gestantes de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(12):6790-6799. doi: 10.5205/reuol.2950-23586-1-ED.0712201309

Schwennesen N & Koch L (2012). Representing and intervening: “doing” good care in first trimester prenatal knowledge production and decision-making. *Sociology of Health & Illness*, 34(2):283–98. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01414.x

Ugwu, N. U. & Kok, B. (2015). Socio-cultural factors, gender roles and religious ideologies contributing to Caesarian-section refusal in Nigeria. *Reproductive Health*, 12(70):1-13. doi: 10.1186/s12978-015-0050-7

Van Der Sand ICP et al (2016). Autoatensão na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(4):1-9. doi: 10.1590/0104-07072016002510015

Vilelas JMS & Janeiro SID (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1):120-7.

Watts MCNC, Liamputtong P & Mcmichael C (2015). Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health*, 15(873):1-11. doi: 10.1186/s12889-015-2215-2

Weidle WG et al (2014). Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(1):46-53. doi: 10.1590/1414-462X201400010008

Widyawati W et al (2015). A qualitative study on barriers in the prevention of anaemia during pregnancy in public health centres: perceptions of Indonesian nurse-midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(47):1-8.

Wilhelm LA et al (2017). Participação da família na gestação: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(3): 516-26. doi: 10.5902/2179769224723

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Lisie Alende Prates – 30%

Rhayanna de Vargas Perez – 15%

Natália da Silva Gomes – 10%

Carolina Heleonora Pilger – 10%

Laís Antunes Wilhelm – 15%

Martha Helena Teixeira de Souza – 20%