

E-BOOK

Sementes de Vida:

Crenças e rituais na jornada da Maternidade



ANA CATARINA VALE, CÁTIA ASSIS, CLÁUDIA QUINTÃO E MARTA MARIANA



E-BOOK

Sementes de Vida:

Crenças e rituais na jornada da
Maternidade

E-BOOK

Sementes de Vida:

Crenças e rituais na jornada da Maternidade

TÍTULO

Sementes de vida: Crenças e rituais na jornada da maternidade

AUTORES

Ana Catarina Vale

Cátia Assis

Cláudia Quintão

Marta Mariana

ISBN: 978-989-35873-8-6

Doi: <https://doi.org/10.34633/978-989-35873-8-6>

COMISSÃO EDITORIAL

Sofia Campos

Manuela Ferreira

REVISÃO DE TEXTO

Fátima Jorge

Prefácio

O mundo vive dias de uma alucinante e constante mudança!

Cada um de nós já não é mais um ser fixo, alguém que não se move da sua origem. Somos, cada vez mais, donos de nós próprios e cidadãos do mundo! Corremos em busca de algo diferente, de um olhar que nos diga que somos capazes, de uma vida que nos permita chegar ao fim do dia com um sorriso capaz de iluminar quem nos rodeia!

Na mente trazemos a esperança de que todos os dias sejam bonitos, sem a incerteza de um amanhã, num outro lugar qualquer, que não aquele que nos dá o aconchego. E é nesse aconchego que existe a capacidade de cada ventre poder criar um novo ninho, desenvolver cada pequenino ser, que já sendo do mundo, escolhera aquele lugar para nascer. Consigo traz as suas crenças, os genes do seu povo e toda uma capacidade única para absorver o que aquele lugar tem de novo para lhe oferecer. A capacidade de acreditar que, aquele sítio que escolhera estará à sua altura, acreditar que, o fruto do seu ventre está em mãos plenas, capazes de o ajudar a chegar a este mundo...que apesar de estar tão do avesso, tem os braços de quem o espera, tão abertos para o receber!

Deste lado, o lado que é zona de conforto, deve ter apenas a capacidade de transparecer todo este conforto para quem o procura, aceitando, comunicando e esclarecendo todos os receios que a mudança consigo traz.

A empatia pelo medo do desconhecido, pelo olhar que tanto diz, mesmo quando não quer falar, é tão essencial!

Que tenhamos todos a capacidade de, ao ser um bocadinho melhor todos os dias, o consigamos ser para quem de novo aqui chega e que tanto necessita de nós. Que toda a diversidade de gentes, culturas, línguas e crenças seja recebida como se um de nós se tratasse, porque trata mesmo!

Queremos trazer a cada um de vós que nos lê neste E-Book, uma ferramenta diária, fundamental nestes dias que por nós correm, em que muitas vezes nos vemos sem o tempo necessário para ver, para além do olhar, quem temos perante nós. É essencial conhecer um pouco de todas as culturas que até nós acorrem, para assim nos ser possível desempenhar um trabalho exemplar que vá ao encontro das expectativas de cada mulher /casal que procura o nosso país para ter o seu filho.

Que este E-book seja uma mais valia para cada EESMO na sua prestação de cuidados especializados a cada casal que encontra em nós o porto de abrigo para um dos momentos mais felizes da sua vida!

Joana Gomes,
[Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia]

Sumário

Introdução	3
Capítulo 1 – Cultura Africana	7
Capítulo 2 – Cultura Muçulmana	13
Capítulo 3 – Cultura Cigana	17
Capítulo 4 – Cultura Chinesa	21
Capítulo 5 – Cultura Indiana	25
Capítulo 6 – Cultura Brasileira	31
Conclusão	35
Referências Bibliográficas	37

INTRODUÇÃO

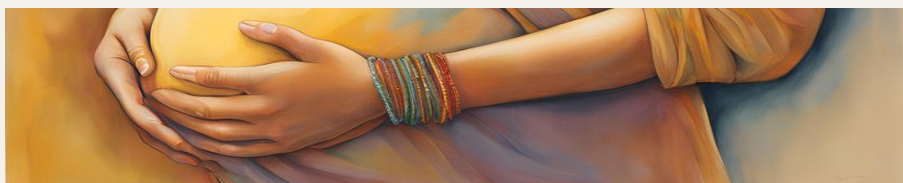
Num mundo em que as sociedades estão cada vez mais diversificadas, o número de mulheres que vive a maternidade em contexto multicultural e migratório é uma realidade de elevada expressão, tanto a nível mundial como nacional.

Globalmente, a escala da migração internacional está a aumentar. Em 2020, aproximadamente 281 milhões de pessoas, 3,6% da população global, viviam num país diferente do seu país de nascimento, um aumento em relação aos 221 milhões de pessoas (3,2%) desde 2010 (International Organization for Migration [IOM], 2022; Rogers et al., 2023). Aproximadamente 48% dos migrantes são mulheres, muitas das quais estão em idade fértil (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021). As suas experiências após a migração são determinantes fundamentais da saúde e do bem-estar (World Health Organization [WHO], 2022a). A experiência de acomodação das mulheres no novo país pode ser desafiante, dada a ausência das estruturas de apoio familiar e social que tinham no seu país de origem e pelo eventual trauma pré-migração, que têm um impacto significativo na sua saúde mental e bem-estar (Owens et al., 2016, World Health Organization [WHO], 2022b).

Quanto a Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (Portugal, INE, 2023), em 31 de dezembro de 2023, existiam 10 639 726 pessoas a residir em Portugal, mais 123 105 pessoas do que em 2022 (10 516 621 pessoas), sendo que, parte deste acréscimo populacional resulta de um saldo migratório de 155 701 pessoas (136 144 em 2022). Como consequência, existiu um aumento da natalidade em 2023, com o número médio de filhos por mulher em idade fértil a aumentar para 1,44 filhos (1,42 em 2022).

Segundo a Pordata (s.d.), em 2022, viviam em Portugal 798.480 cidadãos estrangeiros com enquadramento legal, representando 7,6% do total da população. Em cada dez estrangeiros residentes em Portugal, dois são provenientes de um estado-membro da União Europeia (UE) e oito são provenientes de países fora da UE. As nacionalidades mais representativas de estrangeiros não provenientes de um estado-membro da UE residentes em Portugal são: brasileira (29,3%), cabo-verdiana (4,9%), indiana (4,3%), romena (4,1%), ucraniana (3,9%) angolana (3,7%) e chinesa (3,3%).

Além dos emigrantes, importa também considerar a existência de outros grupos étnicos representativos em Portugal. Segundo o INE (2024), baseado nos resultados do Inquérito às Condições de Vida, Origens e Trajetórias da População Residente em Portugal (ICOT), realizado em 2023, 47,5 mil pessoas residentes em Portugal com idade entre os 18 e os 74 anos autoidentificaram-se com o grupo étnico cigano, o que representa perto de 5% da população portuguesa.

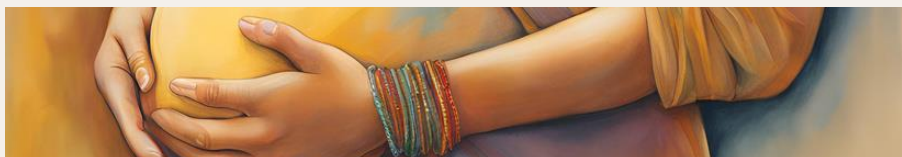


Estes números elevam a necessidade de formação, reflexão e adequação de práticas de forma a fomentar o mais alto nível de qualidade de cuidados de enfermagem. Diferentes códigos culturais, de diversos grupos de migrantes/grupos étnicos, aliados à falta de formação específica e desconhecimento dos profissionais, conduz a constrangimentos assistenciais das mães, bebés e respetivas famílias, o que traz, consequentemente, implicações sobre o nível e qualidade de cuidados de enfermagem prestados a estas famílias na gravidez, parto e pós parto.

Em todas as culturas existem inúmeras práticas em torno da gravidez e do parto, que assumem elevado relevo atendendo a que a maternidade é um dos eventos mais marcantes na vida das mulheres e da família. Durante a maternidade a mulher experiencia um conjunto de alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais, que se consubstanciam numa experiência única, pessoal e singular. Além da mulher que gera um novo ser, não podemos descurar a família, que assume um papel preponderante no sucesso da gravidez. É também na família que, de acordo com a cultura respetiva, se transmitem as crenças e costumes, e a experiência de uma vivência saudável da gravidez e de um parto seguro.

Devido ao crescimento do fenómeno transcultural a que assistimos na população portuguesa, a enfermagem transcultural revelou-se como imprescindível na área da saúde e uma exigência nos cuidados de saúde. O número crescente de utentes de diferentes culturas cria o enorme desafio sobre o conhecimento das crenças em saúde e de como influenciam os comportamentos em saúde na gravidez, parto e pós parto. Igualmente, desafiante para os profissionais que acompanham estes utentes e respetivas famílias, no que concerne à prestação de cuidados livres de tabus, preconceitos ou julgamento e fundamentados em conhecimento e acolhimento de práticas significativas para a mulher e família que respeitem a individualidade, holística e que compreenda e acolha as diferenças culturais em termos de conceito de saúde, crenças e costumes. É nesta perspetiva aberta, de acolhimento, respeito e não julgamento que é possível ajudar mulheres, bebés e respetivas famílias no seio da sua cultura, beneficiando dos cuidados maternos localmente instituídos, desenvolvendo, desta forma, serviços de saúde mais sensíveis à diversidade cultural da população em Portugal.

Nas mulheres migrantes e refugiadas ocorrem eventos perinatais adversos mais elevados quando em comparação com as mulheres nascidas no país de acolhimento (Rogers et al., 2023). Relacionado com estes eventos perinatais está o aumento da prevalência de problemas de saúde mental (Heslehurst et al., 2018; Stevenson et al., 2023; WHO, 2023), níveis mais baixos de cuidados (WHO, 2023) e acesso tardio a cuidados pré-natais (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2019; Saunders et al., 2022), aumento de anomalias congénitas e nascimentos prematuros (Heslehurst et al., 2018; WHO 2022) e taxas mais elevadas de bebés pequenos para a idade gestacional (Choi et al., 2019; Grundy et al. 2021), nados-mortos (Choi et al., 2019; Mozooni et al, 2020) e admissão de bebés na neonatologia (Yelland et al., 2015). Estes eventos adversos podem ter um impacto profundo no desenvolvimento da criança e nos resultados de saúde, ao longo da vida (WHO, 2018).



Importa não descurar que as mulheres e as famílias oriundas de migrantes e refugiados enfrentam desigualdades no acesso aos serviços de saúde materno-infantil, assim como literacia em saúde limitada, barreiras linguísticas e custos acrescidos no acesso. Para além disso, as necessidades prementes de habitação e emprego podem ser priorizadas em detrimento do acesso aos serviços de saúde (Fair et al., 2020; WHO, 2022; Toh & Shorey, 2023; Rogers et al., 2023).

O/A enfermeiro/a especialista de enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), através da integração, adaptação e adequação dos cuidados às crenças, valores e cultura da mulher grávida ou puérpera, é um dos profissionais de saúde mais capacitado para a intervenção. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Regulamento n.º 391/2019, 2019), através do “Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica”, descreve que o EEESMO “cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população”, em prol da mulher e da criança através de intervenções e procedimentos capazes de melhorar os cuidados de saúde e os seus outcomes. Para a International Confederation of Midwives (2024), o EEESMO detém os conhecimentos e as competências relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética, que fundam a base de cuidados culturalmente sensíveis e adequados a prestar à mulher, família e recém-nascido, ao longo do seu ciclo vital, sendo um dos profissionais que pode prestar cuidados para que as mulheres e a família migrante consigam fazer uma transição saudável (Meleis, 2010).

Este E-BOOK foi realizado no âmbito da unidade curricular de antropologia e interculturalidade na maternidade do 1.º curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica da Escola Superior de Saúde de Viseu e tem como objetivo descrever as diferentes crenças e rituais, sustentadas na cultura ou religião, presentes em cada comunidade com maior número de indivíduos em Portugal – dados INE, 2024 –, de que forma interferem no processo de gravidez, parto e pós parto e na forma como a mulher vivencia estas etapas de vida. Encontra-se organizado em seis capítulos, que abordam especificidades de cada cultura relativamente a gravidez, parto e pós parto de forma que, pelo seu conhecimento, seja possível adequar condutas e cuidados de enfermagem da gravidez, parto e pós-parto, culturalmente sensível.

Para a realização deste trabalho foi utilizada, como metodologia, uma revisão narrativa da literatura tendo sido realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, CINAHL, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection, Web of Science e Scielo.

Pretende este trabalho ser uma fonte para aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de competências especializadas e prática reflexiva por parte dos profissionais de saúde da área da saúde materna e obstétrica e outros profissionais que acompanham mulheres, bebés e famílias na maternidade, principalmente nos casos com culturas diferentes da ocidental.

CAPÍTULO 1

Cultura Africana

O continente africano, quer pela sua dimensão geográfica, quer pela sua multiplicidade de países, grupos étnicos, línguas, revela uma heterogeneidade cultural imensa. Todavia há traços comuns e “reincidentes”.

As crenças e práticas culturais africanas encontram a sua expressão através dos rituais, rituais estes que ocorrem diversos momentos da vida de uma pessoa: na gravidez, parto, puberdade/adolescência, casamento, morte, sendo considerados rituais de passagem (Nwadiokwu et al., 2016 ; Ohaja e Aynin, 2021) .

Como tal, os rituais são considerados a prática mais repetitiva e tradicional, sendo todos os aspetos da vida comemorados e ritualizados.

Em África, a gravidez, parto e nascimento são muito valorizados porque as crianças são vistas como riqueza, futuros progenitores e um investimento na reforma (Chimbatata e Malimba 2016; Naab, Lawali e Donkor, 2019; Mulaudzi e Lebese, 2022).

Como tal, o nascimento de uma criança é geralmente anunciado e celebrado dentro da comunidade, sendo um evento de construção comunitária (Igbokwe e Ahurumaraeze 2019; Mulaudzi e Lebese, 2022).

Gravidez

A celebração de um novo membro da comunidade começa com a concepção, e a gravidez é indicativa de um novo membro da família e da sociedade; por isso, os rituais de nascimento começam com a mulher grávida (Nwadiokwu et al. 2016; Mulaudzi e Lebese, 2022). Uma mulher que sofre um aborto espontâneo é chamada “aquela cujo cesto está roto”, e uma mulher que, por qualquer motivo, for infértil é denominada “aquela que comeu a placenta” (Mulaudzi e Lebese, 2022).

Na cultura africana o período de transição da mulher grávida desde a concepção até ao parto é celebrada através de diversos rituais.

Entre os *Vatsonga*, as grávidas não podem comer ovos ou porções significativas de alimentos porque acreditam que o parto pode ser difícil. A mulher não pode dormir, especialmente durante o dia, pois acredita-se que isso possa causar preguiça no feto e pode provocar um parto difícil e lento. Dentro do mesmo grupo cultural, a gravidez não é divulgada à comunidade, apenas a algumas pessoas, pois pensa-se que o feto pode ser enfeitiçado (Chakona e Shackleton, 2019; Ohaja e Aynin, 2021; Lopes et al, 2022; Mulaudzi e Lebese, 2022).

CAPÍTULO 1 - CULTURA AFRICANA

No clã *Abamba*, do Quênia, as mulheres grávidas estão proibidas de comer alimentos provenientes de animais, feijão e carne de animais abatidos com flechas envenenadas durante o último trimestre da gravidez (Ohaja e Aynin, 2021; Mulaudzi e Lebesse, 2022). Entre os *Ika* (Nigéria), as mulheres podem comer qualquer coisa desde que seja indicado pelos mais velhos ou pelos médicos (Nwadiokwu et al. 2016).

Ainda relativamente aos alimentos proibidos e restrições alimentares, Lopes et al. (2022) agregam esta informação relativa à cultura africana, descrevendo como alimentos proibidos as laranjas (fruta ou sumo), frango, batata, peixe, animais selvagens, ananás, mel, melancia e abóbora, pois considera-se que estes podem induzir alterações comportamentais (desobediência, tendência para roubar) e problemas de saúde na futura criança (alopecia, dispneia, disartria), assim como dificuldades para a mãe no processo de parto. Honkavuo (2021) faz também referência a estes alimentos proibidos, acrescentando alguns em que é recomendado o seu consumo, tais como frutas, legumes, arroz e *Shima* (prato à base de farinha de milho, com diversas designações em diferentes países africanos: Xima – Moçambique; nsima/sima – Malawi; ou nshima – Zâmbia).

Beinempaka et al. (2014) fazem referência à ingestão de ervas por via oral e também à inserção das mesmas no canal vaginal para a limpeza e purificação do feto até ao momento do parto.

Ohaja e Aynin (2021) descrevem que, entre as mulheres Maasai-Quenianas ocorre o aumento da ingestão de água, assim como de ervas e raízes amargas para induzir o vômito, pois para este povo o vômito purifica a corrente sanguínea da mulher e limpa o seu estômago.

Além das restrições alimentares, há também restrições / mudanças comportamentais. Na Zâmbia a grávida é separada da comunidade para segurança da criança, pois acredita-se que a gravidez deve ser entregue aos antepassados, que passam a ser os guardiões da gravidez. Esta separação é feita no início da gravidez, antes que as outras pessoas se apercebam, e é feita pela família por medo de ataques de pessoas más. Para além desta separação, a grávida tem ainda de colocar contas de ervas brancas à volta da cintura e no pulso, como proteção contra os espíritos malignos (Mulaudzi e Lebesse, 2022).

Lopes et al. (2022) relatam que as grávidas não podem andar na rua à noite, devido ao risco de se depararem com feitiçaria, o que provoca aborto ou morte à nascença.

São fortemente indicados o consumo de útero de égua e a ingestão de urina de babuíno, pois afastam a feitiçaria e proporcionam um parto descomplicado. As grávidas devem também colocar uma planta (*salvia scabra*) num recipiente com água e beber dessa água 2 vezes por dia até ao parto, sendo que se a planta se mantiver saudável, também o feto será saudável, mas se a planta morrer é esperado que o feto também morra (Chakona e Shackleton, 2019).

CAPÍTULO 1 - CULTURA AFRICANA

Parto

Os rituais praticados no parto variam entre etnias e culturas africanas.

Existe uma forte crença de que uma mulher grávida não deve informar os seus vizinhos ou familiares que iniciou o trabalho de parto, pois pode atrair espíritos malignos que possam causar complicações durante o trabalho de parto (Aziato e Omenyo, 2018).

As localizações da realização dos partos no domicílio também divergem. Alguns nascimentos ocorrem na casa da futura mãe, na casa materna da futura mãe ou na cabana tradicional da parteira (Nwadiokwu et al. 2016; Ohaja e Anyim 2021). Em Udhuk, na Etiópia, o nascimento ocorre numa pedra para simbolizar o trabalho árduo da mãe. Todavia, em zonas mais ocidentais da Etiópia, espera-se que as mulheres deem à luz sozinhas, no mato, pois acreditam que as outras pessoas não devem ver o sangue de uma mulher durante o parto porque está amaldiçoado, só podendo esta regressar a casa quando estiver limpa, após o parto (Nwadiokwu et al. 2016; Mulaudzi e Lebese, 2022). Outra perspetiva é a de que o homem ou qualquer outra mulher em “estado de impureza”, como por exemplo a menstruação, estão proibidos de estar presentes na casa onde se realiza o parto. A presença dificulta o trabalho de parto pois é crença de que o feto sentirá vergonha em nascer naquele local (Nwadiokwu et al. 2016; Treacy, Bolkan &, 2018; Mulaudzi e Lebese, 2022).

Quanto ao uso de ervas medicinais para preparar o trabalho de parto, a tribo Vatsonga, da África do Sul, utiliza ervas medicinais designadas de *xirhakarhani*, um analgésico indígena. Da mesma forma são usadas ervas medicinais pelo povo Ndau do Zimbabué, que designam de *demanhandwe*. Independentemente da sua designação e das plantas usadas, o principal efeito é o alargamento do canal de parto, promovendo o amadurecimento e a dilatação cervical durante o *masuwo* (parto) (Hlatshwayo, 2017; Mulaudzi e Lebese, 2022).

Relativamente ao exame vaginal durante o trabalho de parto importa frisar que é também prática comum tradicional em África, como meio de determinação e confirmação da distância a que a cabeça se encontra do períneo, assim como a avaliação da dilatação cervical, sendo todavia relevante e imperativo não esquecer o risco de infeção e sépsis puerperal que daí pode advir (Aziato e Omenyo 2018; Mulaudzi e Lebese, 2022).

Abordando a gestão e alívio da dor durante o trabalho de parto, é frequente o uso do rapé como medida de gestão não farmacológica da dor, que tranquiliza e promove o alívio da dor (Mulaudzi e Lebese, 2022). As parteiras tradicionais de Vatsonga, nestes casos, preparam um medicamento chamado *Xirhakhari*, em que as ervas são fervidas e oferecidas à mulher em trabalho de parto. Na Etiópia, a parteira tradicional aplica manteiga no abdómen da mulher como forma de alívio da dor e de forma a acelerar o processo de parto (Kitila et al., 2018). As mulheres são também incentivadas a dançar como forma de facilitar o processo de parto e reduzir a dor associada (Mulaudzi e Lebese, 2022).

CAPÍTULO 1 - CULTURA AFRICANA

No que se reporta à posição de parto, a maioria das parteiras tradicionais africanas utiliza a posição de parto vertical, ajoelhada ou de pé, pois está associada a maiores diâmetros de dilatação pélvica e melhora a eficácia das contrações uterinas, permitindo que o trabalho de parto progrida mais rapidamente e com melhores resultados neonatais, como bons índices de APGAR, e com redução do risco de sofrimento fetal (Currie, 2016; Musie et al., 2019).

Quanto ao manuseamento e eliminação da placenta, são também diversas as práticas culturais, sendo o cordão umbilical e a placenta tidos como detentores de um poder extraordinário e, por isso, são manuseados com extremo cuidado. Kanu (2019) descreve o corte do cordão umbilical como um indicativo de incorporação da criança na comunidade: “é um rito de separação da criança do mundo dos antepassados e de incorporação no mundo dos seres humanos (p. 26)”.

A placenta é descrita como “companheira de viagem” que auxilia na condução do novo bebê de um mundo para o outro (Ohaja e Anyim, 2021).

Para o povo do Uganda a placenta é considerada como se fosse outro bebê vivo, tendo também uma celebração fúnebre e enterro formal (Beinempaka et al., 2014; Beinempaka et al., 2015). Da mesma forma, no Gana e na tribo *Igbo* da Nigéria a placenta é o gémeo falecido do recém-nascido e como tal, enterram-na debaixo de uma árvore, uma vez que as árvores simbolizam a vida em curso. No Gana também têm por prática enterrar a placenta em casa como forma de preservar o destino da criança (Adatara et al., 2019).

Na cultura Tonga, a placenta é enterrada sob a árvore Mapundu (*Parinari curatellifolia*), atrás da colina ou no centro da cabana. O local do enterro é significativo para a mãe, para a criança e para o clã, pois consideram que este enterro está de acordo com o rito de passagem da criança e significa a importância da placenta como parte biológica da criança. Embora separada, o enterro é um ritual para as voltar a ligar (Siwila, 2015). Nesta cultura, consideram que o processo de enterro sob esta árvore desenvolve a fertilidade dentro do útero da mulher para continuar a ser fértil (Mulaudzi e Lebese, 2022).

No Mali, acredita-se que a placenta pode influenciar o desenvolvimento cognitivo da criança ou até mesmo deixá-la doente. Por isso, a placenta é lavada, seca, colocada numa tigela e enterrada pelo dono da casa (Mulaudzi e Lebese, 2022).

O povo *Kikuyu* do Quênia coloca a placenta num campo não cultivado e cobre-o com gramíneas e grãos. Na cosmologia *Luo*, do Quênia, o lado esquerdo refere-se à vulnerabilidade e à impermanência, enquanto o lado direito indica autoridade e permanência. Assim a placenta de uma criança do sexo feminino é enterrada no lado esquerdo da casa da mãe, enquanto a placenta de uma criança do sexo masculino é enterrada no lado direito (Ohaja e Anyim, 2021).

Sintetizando, a placenta é um elemento fulcral e indissociável do processo de parto na maioria das sociedades africanas devido à sua ligação biológica e espiritual ao ciclo de vida de uma criança, assim como o enterro do cordão umbilical e da placenta restaura a fertilidade da mulher, provoca a cura do útero e preserva o futuro do recém-nascido (Ohaja e Anyim, 2021; Mulaudzi e Lebese, 2022).

CAPÍTULO 1 - CULTURA AFRICANA

Pós-Parto e Puerpério

No pós-parto e puerpério, tal como na gravidez e no parto, existem múltiplas crenças e rituais.

No que se reporta à mãe, quando esta amamenta não cozinha durante três meses inteiros, sendo servida com comida especial rica em carne de veado. Só ao fim de três meses é que tanto o bebé como a mãe que amamenta são autorizados a ir ao mercado. A mãe e a criança ficam numa casa separada, longe do resto da família, assim como o casal é separado para proteger a criança da contaminação devido à promiscuidade do pai, o que pode afetar a ligação pai-bebé (Nwadiokwu et al. 2016; Mulaudzi e Lebeso, 2022).

O apoio comunitário é também muito forte na cultura africana. No ritual *Omugwo*, a nova mãe é cuidada pela sua própria mãe ou sogra durante um período de tempo. Outras familiares mais velhas também oferecem apoio, trazendo alimentos e ajudando nas tarefas domésticas. Este ato de apoio familiar e um período de descanso e recuperação é uma prática comum em muitas culturas africanas (Ohaja e Anyim, 2021).

A cabeça do recém-nascido é moldada ao calor do fogo do parto (forçada a ganhar forma sobre o fogo aceso para o nascimento). O primeiro leite materno é proibido porque pode fazer com que a criança fique doente, sendo administrados outros líquidos. Não é dado o colostro, mas outros líquidos que, potencialmente, podem estar contaminados, mas que acreditam ser benéficos para o bebé. Quanto ao cordão umbilical e aos cuidados a ter, o cordão do bebé deve ser cortado com uma cana, bem como ser colocado no coto umbilical a saliva da mãe ou de amigos e/ou materiais como pó, ervas, pó de estrume de vaca e/ou fuligem, para estimular a cicatrização (Beinempaka et al., 2014).



CAPÍTULO 2

Cultura Muçulmana

As crenças e práticas islâmicas estão no centro das experiências de maternidade das mulheres muçulmanas (Hassan et al., 2019).

A gravidez, parto, puerpério e puericultura, nas famílias muçulmanas, são um assunto feminino (Jeremias e Rodrigues, 2022).

A oração é a pedra basilar da vida de um muçulmano, pois este tem a obrigação de realizar cinco orações diárias, em diferentes momentos. As orações incluem o estar virado para sudeste (em direção a Meca), assim como um movimento corporal repetitivo que consiste em se curvar (Hassan, 2022; Queensland Health, 2023b).

Durante a gravidez, parto e pós parto, a recitação do Alcorão é recorrente.

Gravidez

Durante a gravidez as mulheres muçulmanas partilham as palavras de Alá com o “filho ainda não nascido”, introduzindo-o à Fé, pedindo também, através de súplicas, que este torne mais fácil o parto e que proteja os seus filhos (Hassan, 2022).

Quer seja na gravidez, aquando da realização de exames ou mesmo no trabalho de parto, as mães muçulmanas preferem ser atendidas por profissionais de saúde do sexo feminino, só aceitando um profissional do sexo masculino quando perante uma situação crítica, apesar de a religião lhes atribuir uma exceção aquando da indisponibilidade de um profissional de saúde do mesmo sexo (Hassan, 2022; Queensland Health, 2023b).

Outra prática cultural relevante é a necessidade de jejuar no mês do Ramadão, ou seja, não comer nem beber desde o nascer até ao pôr do sol. Apesar de existir uma exceção religiosa para uma mulher grávida ou a amamentar, que pode optar por não realizar o jejum durante o mês do Ramadão, mas fazê-lo numa altura diferente do ano, muitas das mulheres muçulmanas consideram que, sendo o Ramadão um mês espiritual em que toda a comunidade se envolve, se torna difícil não se integrarem neste culto comunitário (Hassan, 2022).

Relativamente a considerações alimentares, estas são transversais à gravidez parto e pós-parto, e baseiam-se no consumo e aceitação do que é considerado lícito pelos ensinamentos islâmicos (*Halal*) e absterem-se de tudo o que é considerado proibido (*Haram*). Os principais alimentos proibidos incluem a carne de porco (e os seus subprodutos), gorduras animais e carne que não tenha sido abatida de acordo com a lei islâmica. Existem certas exceções, que permitem a utilização de medicamentos ou vacinas de origem animal, como quando não há outra opção legal disponível e a sua utilização for para o benefício da pessoa, em especial na condição de grávida (Hassan, 2022; Queensland Health, 2023b).

CAPÍTULO 2 - CULTURA MUÇULMANA

No Islão o aborto não é, de todo, permitido, a não ser que existam razões médicas muito fortes como o risco de vida para a mãe e somente podendo ocorrer até aos 4/5 meses de gestação (Shabana, 2020; Queensland, 2023b; Shoaib, 2024). É considerado que antes dessa idade gestacional a criança ainda não “recebeu a alma”, o que corresponde, aproximadamente, às 19 semanas de gestação. Assim, antes da incorporação da alma no feto, a interrupção da gravidez é permitida (em determinadas circunstâncias), pois culturalmente e religiosamente não equivale a tirar uma vida ou a alma (Shabana, 2020; Shoaib, 2024).

É relevante também saber que na cultura muçulmana, apesar de não existir um consenso religioso/cultural, a idade mínima de viabilidade do feto é de aproximadamente 6 meses lunares (25 semanas) (Shoaib, 2024).

Parto

A ingestão de tâmaras durante as fases iniciais do trabalho de parto é religiosamente recomendada, pois é considerada uma forma de alívio da dor e uma fonte de energia (Hassan, 2022).

Ainda quanto ao uso de tâmaras, no momento do nascimento é realizado um ritual denominado de *Tahneek*, em que um pequeno pedaço de tâmara amolecida, por vezes com mel, é esfregado suavemente na boca da criança, no palato superior, considerando-se a primeira imunização natural para um recém-nascido (Indrayani et al, 2017; Hassan, 2022).

Quanto ao momento de parto em si, apesar de a mulher muçulmana se caracterizar pela modéstia e privacidade, imposta pelo islamismo e refletindo-se no discurso, no vestuário e na conduta, podem ocorrer as *Dua'a* – invocações/súplicas – rogando o nome de Alá (Deus) e os seus atributos, geralmente na língua árabe, procurando o seu apoio neste momento de luta e sofrimento (Hassan, 2022; Queensland Health, 2023b).

Apesar da possível ocorrência das invocações, algumas mulheres muçulmanas optam pelo nascimento silencioso, preferindo que a primeira palavra que o seu filho ouça ao nascer seja o nome de Alá ou a Palavra de Alá. A este ritual se agrega o *Adhan* e *Iqamah* (chamar para rezar) em que é sussurrada uma pequena oração (*Adhan*) ao recém-nascido, logo após o nascimento, sendo um costume atribuído ao pai, a um membro respeitado da família ou da comunidade local (Hassan, 2022).

Relativamente à posição de parto algumas mulheres muçulmanas não desejam ficar deitadas durante o trabalho de parto, preferindo, em vez disso, imitar *Maryam* (Maria, a mãe de Jesus) durante o seu nascimento (Hassan, 2022).



CAPÍTULO 2 - CULTURA MUÇULMANA

Pós Parto e Puerpério

A amamentação, nas tradições islâmicas, é um ato altamente agraciado, sendo todas as mães incentivadas a amamentar os seus filhos, por um período máximo de dois anos (Hassan, 2022; Queensland Health, 2023b).

Quanto ao manuseamento e eliminação da placenta, as mulheres muçulmanas são encorajadas a enterrar qualquer parte separada do corpo humano, seja cabelo, unhas ou neste caso, a placenta (Hassan, 2022) .

Outros rituais frequentes no pós parto são a *Aqiqah*, o corte do cabelo ao recém nascido e a circuncisão masculina. A *Aqiqah* consiste na oferta de uma ovelha em sacrifício por cada criança recém-nascida como sinal de gratidão a Alá. O rapar o cabelo ao recém-nascido ocorre tradicionalmente ao sétimo dia de vida da criança, com o cabelo do couro cabeludo que cresceu no útero a ser removido, com o peso equivalente em prata a ser doado a instituições de solidariedade. Quanto à circuncisão masculina é uma obrigação religiosa que não tem quaisquer exceções, devendo ser realizada até sete dias após o nascimento (Hassan, 2022).

O apoio comunitário é um elemento presente na cultura muçulmana, sendo realizadas logo após o parto, seja em contexto hospitalar ou em casa, tendo como finalidade o celebrar a chegada de um novo filho e a saúde da mãe. Os visitantes levam comida e presentes e sentam-se com a mãe para uma conversa amigável (Hassan, 2022; Queensland Health, 2023b).



CAPÍTULO 3

Cultura Cigana

Apesar de existirem mais de 100 grupos de ciganos (povo roma/romani) em todo o mundo, estimados em mais de 12 milhões de pessoas, há aspetos que permanecem válidos em todas as comunidades, nomeadamente no que concerne às tradições na gravidez e parto (European Union Agency for Fundamental Rights [EUAFR], 2017; Ekezie et al., 2024).

As mulheres ciganas conhecem a saúde na perspetiva do seu grupo de origem: a família e as amigas, transportando consigo uma bagagem cultural e comunitária enorme, fruto das vivências de todas e de cada uma (Souza et al., 2022).

Gravidez

Na cultura cigana a gravidez e o parto são considerados como algo natural e isento de riscos, sendo um processo no qual a mulher não necessita de cuidados de saúde especiais e especializados (Pereira et al., 2008; Correia, 2011). As mulheres ciganas ficam constrangidas ao expor o seu corpo, mesmo que por motivos médicos, tendo preferência por profissional de saúde do sexo feminino (Pereira et al., 2008).

Durante a gravidez, ocorre mensalmente um ritual com o intuito de celebrar o nascimento de uma criança que poderá vir a ser líder e promoverá a salvação, assegurando a continuidade da comunidade cigana. No primeiro mês este ritual consiste na lavagem do ventre com água e sumo de frutas. No segundo mês, o ventre deve agora ser exposto ao sol. No terceiro mês o ventre é exposto ao vento, sendo que no quarto mês deve colocar terra sobre o ventre. Quanto ao quinto mês, a zona abaixo do umbigo deve estar em contacto com minerais ou cristais e no sexto mês este contacto passa a ser com flores, folhas e raízes. No sétimo mês de gestação realiza-se a purificação da mãe através da ingestão de água com sal grosso. No oitavo mês a barriga da mulher cigana deve estar em contacto com ouro, prata e outros metais (Correia, 2011).

Outra característica cultural da comunidade cigana é que a gravidez, deve ser anunciada e não discutida posteriormente. A grávida passa a ser considerada “impura” e deve ser isolada da restante comunidade, se possível, e cuidada apenas por mulheres. As mulheres deixam de poder realizar tarefas domésticas, como cozinhar e limpar, por serem “*Marhime*” (impuras) e não o farão até ao batismo da criança ou após 6 semanas do parto. Isto deve-se à “contaminação” que as mulheres “*Marhime*” podem causar nos alimentos e na água (Davies, 2021).

Durante a gravidez há restrições alimentares relevantes, pois na percepção cigana tradicional, as instituições de saúde, onde o parto habitualmente ocorre, são impuras, pelo que pode haver uma recusa da grávida na ingestão de refeições que lhe são oferecidas (Pereira et al., 2008).

CAPÍTULO 3 - CULTURA CIGANA

É também considerado que as mulheres em idade fértil têm maior capacidade de “contaminação”. Todas as roupas femininas, a partir da idade fértil, não podem ser lavadas com as roupas masculinas, lençóis ou toalhas devido ao risco de “contaminação” (Davies, 2021).

Numa revisão sistemática da literature, Ekezie et al (2024), acerca da comunidade cigana, sustentada em 45 estudos de 13 países europeus incluídos (nenhum de Portugal), descrevem que as mulheres ciganas são menos propensas (comparadas com mulheres não ciganas) a frequentar consultas de planeamento familiar e de saúde materna, sendo que um dos estudos indicou uma correlação entre a menor comparência e seguimento nas consultas de saúde materna ao início mais precoce de problemas durante a gravidez. Os mesmos autores relatam que a duração da gestação foi descrita em 9 estudos, sendo linear a relação de que a duração da gravidez entre as mulheres ciganas era mais curta do que nas mulheres não ciganas, com a gestação média, de uma cigana, em 38,04 semanas, e 39,30 para não ciganas, indicando uma diferença média de 1,26 semanas.

Parto

Culturalmente, a comunidade cigana vê o parto como algo que transcende o ato propriamente dito, sendo entendido como a personificação do amor, simbolizando renascimento e esperança, preservação e perpetuação das tradições e da família/casta (Pereira et al., 2008; Correia, 2011).

Quando a criança cigana nasce tem já um destino traçado que não pode ser modificado mas sim incentivado, sendo que para tal lhe é colocado um colar de ouro com a simbologia de talismã gravado com símbolos cabalísticos, ao qual se atribui a virtude de trazer felicidade, de comunicar um poder sobrenatural (Correia, 2011).

Ekezie et al. (2024) descrevem ainda que as mulheres ciganas dão à luz mais cedo e têm mais filhos do que as mulheres não ciganas, sendo que os períodos férteis das ciganas são mais longos porque começam a ter filhos numa idade mais jovem em comparação com outros grupos. Desta “prematuridade” gestacional, dos fatores culturais já referidos na gravidez, a prevalência de ocorrências negativas na gravidez é elevada dentro da comunidade cigana, sendo frequente o aborto espontâneo, assim como outras morbilidades: nascimento prematuro, baixo peso à nascença, restrição do crescimento fetal, anomalias congénitas e de desenvolvimento, hemorragia cerebral neonatal, doenças pulmonares e cardíacas crónicas, paralisia cerebral, surdez, entre outras. De referir que a morte da criança ou da mãe durante o parto é considerado mau agouro para a família (Pereira et al., 2008).

CAPÍTULO 3 - CULTURA CIGANA

Pós-Parto e Puerpério

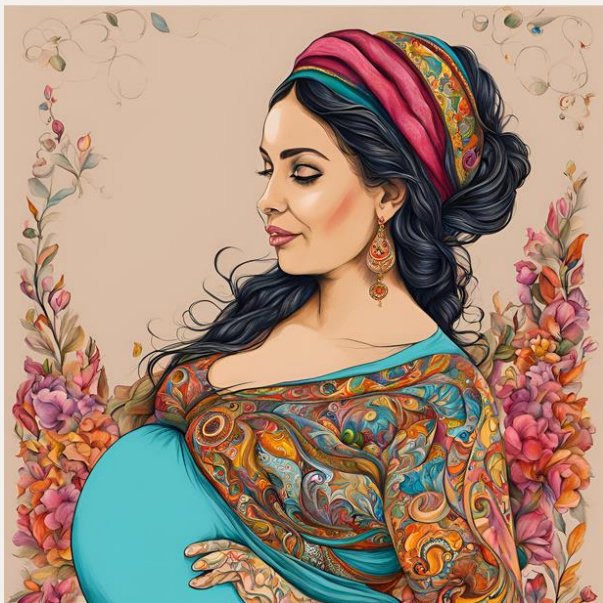
No pós-parto, a mulher cigana é considerada, perante os seus semelhantes, como impura durante os quarenta dias de resguardo que tem que cumprir (Correia, 2011).

Para além desta obrigatoriedade de isolamento comunitário e social, a cultura cigana não considera haver necessidade de cuidados de saúde especiais, devendo retomar, com a maior brevidade as tarefas domésticas/familiares adstritas à mulher (Pereira et al., 2008).

Outra característica da cultura cigana é a de que na primeira semana pós-parto o pai da criança não deve ver a puérpera nem a criança, e por uma quarentena não lhes tocar, até que a criança seja batizada, assim como na duração desta quarentena o pai não deve receber visitas pois pode ser “contaminado”. Tudo o que foi tocado durante a gravidez, processo de parto e quarentena, deve ser destruído (Pereira et al., 2008; Correia, 2011).

É prática comum o recém-nascido partilhar a cama com a mãe, devendo ter em permanência uma lâmpada acesa, perto de si, até ao batismo (Correia, 2011).

Quanto à amamentação, na cultura cigana, esta faz parte do processo de alimentação da criança, necessitando, porém, de ser feita em total privacidade (Davies, 2021; Ekezie et al., 2024).



CAPÍTULO 4

Cultura Chinesa

Na cultura chinesa, ao nível da comunicação é importante ter presente que, evitar o contacto visual, a timidez e a passividade são normas culturais para muitos chineses. No que concerne às crenças e práticas relacionadas com a saúde, um profissional de saúde do mesmo sexo é preferido pela maioria dos chineses, especialmente pelas mulheres. Ainda neste campo os alimentos, as doenças e os medicamentos são geralmente classificados como “quentes” ou “frios” de acordo com os efeitos percebidos no organismo. Nesta cultura acredita-se que a saúde é um equilíbrio entre a energia positiva (*yang*) e a negativa (*yin*) no corpo, sendo que o *Chi* se refere à força vital ou energia do corpo (Queensland Health, 2013).

Gravidez

Na cultura chinesa a mulher grávida é equiparada a uma pessoa doente, pois é do entendimento cultural que depende fortemente de outros para tomar conta de si. Os chineses acreditam também que a gravidez e especialmente o parto perturbam o equilíbrio entre o quente e o frio necessário para uma boa saúde. Por causa disto, várias práticas dietéticas e comportamentais são habituais para manter a mãe e o bebé fisicamente saudáveis, incluindo comer sopas especiais e caldos de galinha/frango, não comer cordeiro por acreditarem que este pode causar epilepsia no bebé (a pronúncia da palavra cordeiro é semelhante à palavra para epilepsia em algumas idiomas chineses) e não comer ananás porque se acredita que pode induzir o aborto (Queensland Health, 2013).

Parto

Culturalmente, muitos chineses acreditam que uma mulher não deve chorar ou gritar durante o trabalho de parto, sendo que idealmente quem assiste ao trabalho de parto é a mãe ou a sogra e não o pai da criança. Relativamente ao posicionamento para o parto em si, as mulheres chinesas podem preferir sentar-se ou agachar-se (Queensland Health, 2013).

Quanto à criança, seja logo no momento do nascimento ou após, não deve usar roupa de outra criança, pois o bebé pode assumir as características de quem usou a roupa anteriormente. Portanto, a família pode trazer roupas novas para o bebé em vez de o vestir com roupas hospitalares, já havendo aceitação quando é roupa descartável hospitalar (Queensland Health, 2013).

CAPÍTULO 4 - CULTURA CHINESA

Pós Parto e Puerpério

No que se reporta ao pós-parto e puerpério, a cultura chinesa, em linha com outros países do continente asiático, as mães e os bebés são normalmente considerados muito vulneráveis durante o período pós-parto (Withers et al., 2018; Cai et al, 2024).

Assim, espera-se que as mulheres sigam um conjunto de práticas culturais pós-parto para as proteger a elas e aos bebés, sendo que a literatura atual refere que as mulheres migrantes asiáticas ainda mantêm um conjunto alargado de crenças e práticas pós-parto de índole tradicional, incluindo massagem terapêutica, equilíbrio entre frio e calor, práticas alimentares, tabus comportamentais e restrições sociais, entre outras (Lee et al., 2014; Fok, et al., 2016; Cai et al, 2024).

Apesar das inquestionáveis mudanças e alterações/adaptações culturais resultantes da transculturalidade que advém da imigração, as mulheres chinesas continuam a executar diversos rituais/crenças pós-parto. O *Zuo Yue Zi* é praticado há muitas gerações (Zheng et al., 2019), a influência da família alargada é outro aspeto que garante a transmissão destas crenças e práticas (Wang et al., 2022), e o conceito de que estas tradições pós-parto servem como uma lembrança e como forma de perpetuar a identidade cultural, no caso dos migrantes chineses que vivem no estrangeiro (Ding et al., 2018). O *Zuo Yue Zi* pode ser descrito como um confinamento pós-parto, com a permanência em casa durante 4 a 6 semanas após o parto e com o cumprimento de certas restrições: restrições alimentares, tais como o consumo de uma dieta quente e rica em proteínas, restrições de mobilidade com o envolvimento mínimo nas tarefas domésticas; e, também restrições de higiene (Pillsbury, 1978; Cheung, 1997; Cai et al, 2024).

Importa frisar que apesar de estudos anteriores (Chu, 2005; Matthey et al., 2002) reforçarem o manutenção da prática do “confinamento” – *Zuo Yue Zi*, estudos mais recentes (Cai et al, 2024) evidenciam o abandono dessa prática por parte das migrantes chinesas, bem como o abandono de padrões alimentares excessivamente ricos em proteínas em favor de uma dieta leve e equilibrada, assim como a realização de hábitos de higiene diários tais como tomar banho/duche e lavar os dentes, proibidos pelos costumes tradicionais. Para Ding et al. (2020), estas mudanças realçam a necessidade de flexibilidade na adaptação dos rituais pós-parto à vida moderna, de forma a promover um impacto positivo na saúde materna.

O apoio social/familiar é fundamental para que as mulheres chinesas mantenham estas práticas pós-parto. Os familiares são, geralmente, os principais prestadores deste apoio (Wang et al., 2022).

As mulheres chinesas procuram ativamente o apoio de diferentes pessoas, incluindo familiares, parteiras pós-parto independentes (*independent postpartum midwife*) – *sage femmes*, ajudantes privadas remuneradas (*privately paid helpers*) – *yue sao* – e a própria comunidade de migrantes chineses.

CAPÍTULO 4 - CULTURA CHINESA

Quanto ao apoio da família no pós-parto, na China, são os elementos da família alargada da parte do pai da criança os principais prestadores de suporte, apoio e acompanhamento da mulher e criança, sendo que o pai/progenitor, antagonicamente, se demite das funções parentais (Wang et al., 2022; Cai et al., 2024). Todavia, já se denotam alterações nas mulheres chinesas migrantes e nos seus parceiros, estando estes já envolvidos nos assuntos familiares e nos cuidados ao bebé, assim como o envolvimento da família alargada, permitindo a criação de oportunidades valiosas para encontros familiares, melhorando a relação e o vínculo familiar (Cai et al., 2024).

Relativamente às *sage femmes*, são tidas como “mulheres sábias”, às quais se recorre após a alta hospitalar, permitindo às novas mães e às suas famílias receberem formação e informação de uma profissional sobre os cuidados maternos e infantis, contribuindo assim para a aquisição de conhecimentos, clarificação de conceitos e resolução de eventuais conflitos entre os membros da família sobre os cuidados a prestar à criança, contribuindo em muito para a diminuição do sofrimento mental e a ocorrência da depressão pós-parto entre as mulheres chinesas (Xiao et al., 2023; Cai et al., 2024).

Algumas famílias chinesas recorrem a ajudantes privadas remuneradas – *yue sao* – também designadas de doulas, para a manutenção das tradições culturais pós parto. Se por um lado há autores – Callister et al. (2011), Lee et al. (2014), Chang et al. (2018), que afirmam que as mães chinesas consideram este acompanhamento como dispendioso e de fraca qualidade, outros autores como Cai et al. (2024) verificaram que as mulheres chinesas e as suas famílias estavam geralmente bastante satisfeitas com o cuidado culturalmente sensível e o apoio emocional prestados pela *yue sao*.



CAPÍTULO 5

Cultura Indiana

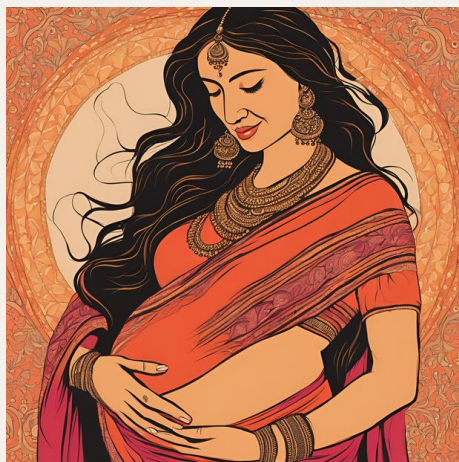
A cultura indiana tem diversas similaridades com a cultura chinesa. Todavia a nível religioso, que efetivamente interfere nas crenças, rituais e práticas na gravidez, parto e pós-parto, a Índia é maioritariamente hindu, tendo esta religião raízes antigas e profundas na sociedade indiana, sendo quase indissociável em relação a outros aspetos culturais na população (Dracme, 2020).

O hinduísmo é considerado uma das três maiores religiões do mundo, a seguir ao cristianismo e ao islamismo, dominante no subcontinente indiano, com cerca de 80% da população só na Índia (Largen, 2013; Dracme, 2020).

É descrito que a nível comunicacional, na cultura indiana, os doentes podem dizer sim e concordar com certas intervenções para agradar ao profissional de saúde, mesmo que não compreendam a necessidade ou o fundamento do conceito médico ou até mesmo o plano de tratamento (Queensland Health, 2013, 2023).

Quanto às crenças associadas à saúde, de um modo geral derivam dos princípios tradicionais *ayurvédicos* (*ayur* – longevidade, *veda* – ciência). Segundo a teoria *ayurvédica*, uma boa saúde exige que exista um equilíbrio entre três humores (*doshas*), sendo que a perturbação desta condição homeostática causa as doenças (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023). O sangue é também tido como uma força vital e tratado como precioso.

Tendo por base os princípios atrás descritos assim como a religião hindu, existem diversos rituais instituídos que são relevantes para a grávida, no parto, no pós-parto e para o recém nascido/criança, descritos seguidamente:



CAPÍTULO 5 - CULTURA INDIANA

Sacramentos hindus (<i>Samskaras</i>) relevantes para as crianças		
Designação	Ritual	Quando Ocorre
<i>Grabadhana</i>	Sacramento da concepção	Antes da gravidez, normalmente no casamento
<i>Punsavana</i>	Segundo/terceiro mês da gravidez	Segundo/terceiro mês da gravidez
<i>Simantonnayana</i>	Do quinto ao oitavo mês da gravidez	Do quinto ao oitavo mês da gravidez
<i>Jatakarma</i>	No nascimento	No nascimento
<i>Namakarana</i>	Dar nome à criança	10 a 12 dias depois do nascimento
<i>Nisramana</i>	Primeira saída da criança	Terceiro/quarto mês
<i>Annaprassana</i>	Desmame da criança	Sexto mês
<i>Chuda Karma</i>	Cortar o cabelo	Por vezes no nascimento. Normalmente entre o primeiro e o terceiro ano de vida
<i>Karnavedha</i>	Furar as orelhas	Entre os três e os cinco anos
<i>Upanayana</i>	Colocação de fio sagrado	A partir dos oito anos, marcando o início da idade adulta

QUADRO 1 – SACRAMENTOS HINDUS (SAMSKARAS) RELEVANTES PARA AS CRIANÇAS (ADAPTADO DE GATRAD ET AL., 2004)

CAPÍTULO 5 - CULTURA INDIANA

Gravidez

Na Índia, a gravidez é geralmente vista como um fenômeno fisiológico normal que não requer qualquer intervenção por parte dos profissionais de saúde. É comum a mulher indiana acreditar que têm pouco ou nenhum controle sobre a gravidez. A existência de gêmeos e outras gravidezes múltiplas podem ser considerado motivos de azar.

Em tudo idêntico à cultura chinesa, na Índia as práticas relacionadas com a nutrição durante a gravidez baseiam-se na crença de que os alimentos “quentes” são prejudiciais e os alimentos “frios” são benéficos, assim como, que certos alimentos têm um efeito de “arrefecimento” ou de “aquecimento” nas funções de vários órgãos do corpo, como o humor, a personalidade e o bem-estar físico. Na cultura indiana considera-se que a gravidez gera um estado de calor, com as mulheres grávidas a serem aconselhadas a manter o equilíbrio comendo alimentos frios e evitando alimentos quentes (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2013).

Os alimentos frios são recomendados no início da gravidez para evitar o aborto. Os alimentos quentes são encorajados durante os últimos estágios da gravidez para facilitar o parto. Ainda quanto à alimentação, algumas mulheres acreditam que a alimentação excessiva durante a gravidez pode resultar num feto grande e num parto difícil (Queensland Health, 2013, 2023).

Na comunidade indiana de *Odisha* as mulheres grávidas e os seus familiares consideram o álcool como parte da sua rotina de vida e, por isso, continuam a consumir álcool durante a gravidez. A noção habitual de “comida caseira” como sinónimo de “benigno e benéfico” rotula o álcool como amigo do corpo, sendo até sugerido como analgésico durante a gravidez (Pati et al., 2018; Lopes et al., 2022).

Tendo por base o quadro 1, uma das práticas culturais indianas durante a gravidez é a *Punsavana*, também conhecido como ritual de “criação masculina”, sendo realizado durante o terceiro mês de gravidez, baseado na crença de que a “divindade” que define o sexo do feto é ativada com este ritual e a questão do feto ser masculino fica assegurada. As crianças do sexo masculino são preferidas por causa do nome da família e pela esperança de que o filho acenda a pira funerária dos pais. Há ainda a crença de que no próximo mundo/nascimento, a felicidade de um pai depende de ter uma linhagem contínua de filhos. Além disso, o nascimento de uma rapariga, especialmente na Índia, pode gerar ansiedade nos pais devido ao pesado encargo financeiro resultante da cedência de dotes. Há também descrição da ingestão de certos medicamentos à base de plantas para promover o desenvolvimento de um feto do sexo masculino (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

Entre o quinto e o oitavo mês da gravidez ocorre o *Simmanantannaya*, também conhecido como *Valaiakappu* em algumas partes da Índia, consistindo na colocação de pulseiras de vidro vermelho ou verde em redor da barriga da grávida, pois acredita-se que o som destas pulseiras chega ao útero e conforta o feto. Tradicionalmente, estas pulseiras são removidas após o nascimento e entregues à parteira. Também neste ritual é permitido à mãe realizar os seus últimos desejos, tais como ingerir certos alimentos, visto que se pensa que neste momento está a entrar num período perigoso da gestação, sendo permitindo ainda que descanse o mais possível, regressando, em alguns casos, a casa dos pais (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

CAPÍTULO 5 - CULTURA INDIANA

Parto

Reiterando o já afirmado anteriormente, as mulheres indianas preferem ser atendidas por médicas durante a gravidez e o parto (Queensland Health, 2013).

As mulheres indianas costumam chorar de dor e gritar quando o parto se aproxima, sendo que quanto à posição de parto algumas mulheres podem preferir deitar-se na cama durante o parto, enquanto outras podem preferir agachar-se, no chão ou num banquinho. No caso de ocorrência de sangramento profuso após o parto, este é visto como um bom sinal ligado à purificação do útero (Gatrad et al., 2004).

Existe a crença de que um nascimento prematuro ocorrido no oitavo mês é atribuído a um gato que entrou no quarto da mãe quando esta estava num anterior confinamento pós-parto. Acredita-se ainda que uma criança nascida no oitavo mês pode morrer no oitavo dia, no oitavo ano ou no décimo oitavo ano, sendo este número considerado, por alguns hindus, como o número “oito” azarado (Gatrad et al., 2004).

Na Índia, quando nasce um homem, um *Thali* (um utensílio plano de bronze semelhante a uma bandeja grande) é batido com um pau por amigos e parentes. No caso de uma rapariga, um leque, utilizado para abanar (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

É no nascimento que se realiza o ritual denominado de *Jatakarma*. Esta cerimónia dá as boas-vindas à criança, no seio familiar. O pai toca e cheira a criança e sussurra versos religiosos (mantras) aos ouvidos da criança, prometendo ao bebé um ambiente seguro e confortável. Para afastar o mal, um pequeno “ponto” muitas vezes em forma de “Om” (símbolo hindu) é desenhado atrás da orelha do bebé usando Kajal, uma “maquilhagem” para os olhos à base de carbono. Este símbolo também pode ser colocado num colar à volta do pescoço do bebé ou até mesmo colocado no berço. Um membro da família com “qualidades virtuosas” escreve, com açúcar mascavado mergulhado em *Ghee* (uma forma purificada de manteiga), a palavra “Om” na língua do neonato na esperança de que as boas qualidades da pessoa lhe sejam transmitidas (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

Quanto ao início da amamentação logo após o parto, há o costume de não amamentar o bebé nos primeiros dois dias, apesar de logo após o parto, simbolicamente, os membros femininos da família lavarem os seios da mãe que amamenta antes de iniciar a amamentação (Gatrad et al., 2004; Pati et al., 2018; Lopes et al., 2022; Queensland Health, 2023).

Há também referência à aplicação de substâncias de produção local no coto umbilical e na pele do bebé, assim como banho ao bebé imediatamente após o nascimento, em especial em recém-nascidos com pequenas vesículas/manchas císticas brancas ou amarelas no palato, denominadas como crianças “*Budu*” (molhadas), que realizavam banhos frios frequentes (Pati et al., 2014; Pati et al., 2018).

A placenta é enterrada debaixo do chão do quarto onde ocorreu o parto ou no pátio da casa, para evitar que um inimigo ou espírito maligno se apodere dela e influencie o bem-estar e a longevidade da criança (Queensland Health, 2023).

CAPÍTULO 5 - CULTURA INDIANA

Quando ocorre um aborto ou a morte no momento do parto, na cultura indiana acredita-se que o bebê deixa o reino “terrestre” para uma zona “intermédia”, preparando-se para a sua viagem para o “reino divino”, sendo que os familiares cantam determinadas canções religiosas (“*Ram Ram*” ou “*Om*”) e recitam o *Bhagavad Gita* (livro sagrado para os hindus), colocando por vezes um fio com significado religioso no pulso ou pescoço do neonato. No caso dos nados mortos, estes têm direito ao mesmo procedimento religioso que o adulto, através da colocação de uma folha de um arbusto *Tulsi* (folha de manjerição) colocada na boca, ocasionalmente com uma moeda de ouro. Após uma lavagem ritual, são colocadas roupas novas no bebê que é posteriormente envolto numa manta branca. Os bebês e crianças que morrem antes do estágio *Upanayama* são enterrados, enquanto os adultos são cremados (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).



CAPÍTULO 5 - CULTURA INDIANA

Pós Parto e Puerpério

A mãe e a criança ficam geralmente isoladas logo após o parto, devido às crenças sobre a impureza ligada ao processo de parto, sendo que este período de confinamento das puérperas varia entre regiões, podendo chegar aos 40 dias. Este confinamento é praticado para proteger a mãe e o bebê da exposição a doenças e de espíritos malignos, assim como de “mau-olhado”.

As práticas pós-parto são geralmente mantidas e aplicadas pelas sogras, tias e outras familiares idosas. Estas mulheres podem decidir os tipos de alimentos que uma mulher pode consumir no pós-parto. Em alguns casos há mães que são obrigadas a seguir uma dieta de arroz tufado, chá e água quente durante os primeiros três dias após o parto. O consumo de leite, manteiga, *ghee* e alguns tipos de peixe é encorajado devido à crença de que estes alimentos aumentam a quantidade e a qualidade do leite materno. O alho é considerado como facilitador da contração do útero ou para “secar o útero” (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

Há alimentos que são tradicionalmente evitados pelas mulheres no pós-parto, tais como: certas variedades de vegetais de folhas verdes, vegetais fibrosos, melão, abóbora, papaia, beringela, marisco, ovos (em certas castas e comunidades), certas variedades de peixe, limões, limas, laranjas, uvas, pimentas, pimentos, especiarias, bananas, iogurte e alimentos oleosos (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

Tal como já abordado, no equilíbrio do “quente” e “frio”, no pós-parto, quando a mãe está a amamentar, se o bebê estiver obstipado ou com febre, ela deve evitar alimentos “frios” e vice-versa quando o bebê estiver com temperatura elevada. Entenda-se que os alimentos ricos em proteínas, ácidos e salgados são considerados “quentes”, enquanto os “alimentos frios” são frequentemente doces. As lentilhas, o milho-miúdo, as beringelas e as uvas são exemplos de alimentos “quentes”, e os cereais, a batata, o leite e o açúcar branco são exemplos de alimentos “frios”. Uma outra prática cultural indiana é a de administração de mel misturado com *Ghee* (manteiga) para eliminar o mecónio (Gatrad et al., 2004).

Importa ainda frisar que uma das práticas culturais indianas no pós parto é a *Annaprassana*. Esta cerimónia ocorre ao fim de seis meses, quando se acredita que o desmame é necessário para que o bebê tenha mais mobilidade (Gatrad et al., 2004; Queensland Health, 2023).

Quanto à amamentação, os bebês são geralmente alimentados quando choram, a qualquer hora do dia ou da noite. Antes de se iniciar o processo de amamentação ocorre, por vezes, a administração de alimentos pré-lácteos, incluindo água fervida, água com açúcar, chá, mel, leite de vaca ou cabra e óleo de sementes de mostarda, com o intuito de limpar o sistema digestivo do bebê das impurezas do útero que foram engolidas durante o parto e para substituir a amamentação antes de o colostro estar completamente disponível (Queensland Health, 2023).

CAPÍTULO 6

Cultura Brasileira

Historicamente, culturalmente, linguisticamente e socialmente, a cultura brasileira tem uma forte herança portuguesa.

Os próprios sistemas de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, são exemplo disso. Ambos os modelos de sistema de saúde são regidos pelo governo, com a coexistência do serviço público e do serviço privado e também na sua forma de regulação e fiscalização. Os dois têm também por base princípios em tudo idênticos, universalidade, integralidade, equidade, sendo que o SUS adota a descentralização e participação social. O Brasil optou pela gratuidade da saúde, enquanto Portugal seguiu o caminho da tendência para a gratuidade (Araújo et al., 2018).

Quanto à área da saúde materna, na realidade brasileira, o parto ocorria, tradicionalmente, no domicílio com uma metodologia não-interventiva, através de uma parteira, sendo uma questão somente feminina e com acompanhamento por outras mulheres. A partir do século XX, o parto passou a ser considerado um evento fisiológico e patológico, com necessidade de tratamento medicamentoso e cirúrgico, sendo assim realizado em ambiente hospitalar (Campos et al., 2014). Apesar de tal mudança de paradigma, práticas históricas e culturais como colocação da grávida em posição supina, proibição da ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto e a permanência na cama a esperar pelas contrações são alguns exemplos desta conduta ainda hoje praticada em contexto hospitalar (Leal et al., 2021).

Atualmente, mais de 90% dos partos no Brasil ocorrem em hospitais, espelhando a mudança radical na abordagem do parto (Vilela et al., 2021; Leal et al., 2021), tornando-se ainda mais radical quando as evidências demonstram que o Brasil tem uma taxa de cesarianas de 56%, refletindo um modelo de cuidados de saúde materna medicamente centrado e altamente intervencionista (Lima et al., 2016; Fernandes et al., 2021; Leal et al., 2021; Rodrigues et al., 2023).

Rodrigues et al. (2023) e Nicida et al. (2020) afirmam que, no Brasil, o debate sobre o modelo de assistência ao parto está polarizado entre o parto instrumentado e medicalizado e o parto humanizado.

Integrando a realidade supra descrita, existem efetivamente diversas crenças e rituais associados à gravidez, parto e pós-parto. Uma das crenças é a de que a grávida não pode andar sob o orvalho, deve evitar variações de temperatura e não deve andar descalça (Sartori et al., 2020).

CAPÍTULO 6 - CULTURA BRASILEIRA

Quanto ao momento do parto, Fernandes et al. (2021) afirmam que mulheres brasileiras com rendimentos mais elevados apresentam maior probabilidade de recorrer a um plano de parto e a cuidados obstétricos, ser de pele branca está associado ao uso de apoio por uma doula, assim como ter mais de 13 anos de educação formal correlaciona-se com o uso de um plano de parto, à liberdade de mobilidade durante o trabalho de parto e à liberdade de escolha da posição de parto.

Abordando o pós-parto, crenças como ter que usar creme cicatrizante na episiotomia de forma a ocorrer a cicatrização sem intercorrências, não lavar a cabeça durante o período do resguardo (designação para quarentena pós-parto, de 40 a 60 dias) pois pode levar a um problema de saúde mental, ou não utilizar qualquer tipo de produto químico no cabelo pela crença de que vai penetrar no couro cabeludo, passando para a corrente sanguínea e posteriormente para o leite materno, envenenando a criança, são também frequentes na puérpera brasileira (Sartori et al., 2020).

No que se reporta aos cuidados ao recém-nascido por parte da mãe, há a crença de que a roupa do bebê não pode apanhar orvalho porque tal facto provoca cólicas, assim como a necessidade de a criança estar sempre de meias, pelo mesmo motivo. Outras crenças prendem-se com dar banho de chá de picão (erva) de forma a resolver a icterícia, e de pétalas de rosas para abençoar o recém-nascido, ou para limpeza do rosto, para tirar a milia. Muitas mães evitam o perfume, pois acreditam que pode ser fonte de alergias. Também colocam panos humedecidos no umbigo para evitar o “estufamento” (distensão abdominal e cólicas) e hérnia umbilical. Quanto ao coto umbilical, há a crença de que a forma como este é tratado pela mãe após a sua queda influencia a personalidade da criança, ou seja, se for comido por um rato a criança pode tornar-se ladra ou se por algum motivo o perdesse a criança “ficaria louca”, e se enterrasse perto de árvores ou roseiras, seria uma pessoa bela e meiga (Baraldi & Praça, 2013; Sartori et al., 2020).

Outra crença muito comum ligada ao cordão umbilical é a do “mal de sete dias”, também denominado de “mal do umbigo”, segundo o qual a mãe não pode receber visitas durante os primeiros sete dias de vida do bebê ou expor a criança em locais públicos, podendo tal facto resultar em espasmos musculares, câibras, dificuldade em abrir a boca e mamar e eventualmente convulsões (tétano neonatal, derivado da não prestação de cuidados de higiene ao coto umbilical e infeção por *Clostridium tetani*) (Baraldi & Praça, 2013; Sartori et al., 2020).

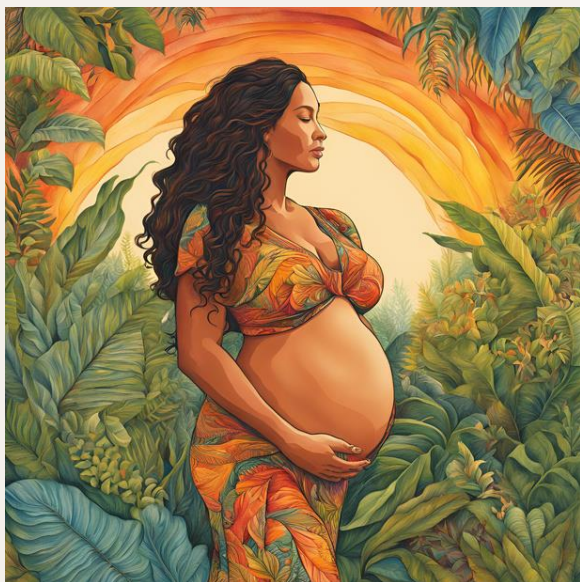
Relativamente à amamentação, quando ocorre a hipogalactia, a mulher brasileira considera que existem inúmeros alimentos que levam à produção de mais leite materno, tais como: leite, líquidos abacate, maçã, pêra, batido ou sumo de frutas, leite com goiabada, leite com mamão, laranja, canjica (papa cremosa de milho moído, cozido com leite de vaca ou coco e açúcar, com canela em pó), farinha de milho com leite, “malzebeer” (cerveja doce com baixo teor alcoólico), cerveja preta, milho, arroz, carne e chá e alimentos com maior teor de glicose, proteínas, sais minerais e água (Ichisato & Shimo, 2006; Sartori et al., 2020).

CAPÍTULO 6 - CULTURA BRASILEIRA

No pós-parto, durante o “resguardo”, a mulher não pode comer comidas “pesadas”, ou alimentos como: salsichas, carne de porco, carnes gordas e salgadas, gordura, pato, feijão (à noite), café, chocolate, refrigerante, mandioca, batata-doce, sardinha, peixes e frutos do mar, ovos e repolho (Sartori et al., 2020). No caso das carnes de porco e dos ovos acredita-se que a sua ingestão pode inflamar os pontos da sutura (Baião et al., 2013).

Para além do descrito, importa relatar algumas especificidades culturais em determinadas comunidades brasileiras. Para as mulheres de Demétria, a dor durante o parto é vista como um ato de coragem que ajuda no trabalho de parto, e por isso deve ser visto como fonte de alegria e não sofrimento. Consideram também que o parto tem de ocorrer no domicílio para que existam transformações espirituais na mulher, no decorrer do trabalho de parto. Efetuam frequentemente banhos com óleos de lavanda, arnica ou bétula, de forma a aliviar as dores e a preparar a mãe, facilitando o trabalho de parto. Durante o parto, dispõem sobre a barriga vários véus, que vão recolhendo à medida que o trabalho de parto evolui (Bastos & Pereira, 2018; Lopes et al., 2022).

No caso dos *Munduruku*, um povo indígena do Brasil, têm como prática a sustentação da barriga, quer seja na mulher grávida ou não grávida, pois consideram que as mulheres encerram dentro do ventre a “mãe do corpo”, sendo esta a responsável pela saúde e vida das mulheres. Aquando da gravidez, o povo *Munduruku* considera que a “mãe do corpo” abandona temporariamente o seu lugar para o disponibilizar para o feto. Nesta comunidade é também prática comum a realização de banhos com plantas terapêuticas, nos últimos meses da gravidez, como forma a tornar o parto mais rápido. É também comum durante o parto estar presente a família extensa, sendo que a mulher mais velha presente tem como responsabilidade aceitar a criança (Dias-Scopel & Scopel, 2018; Lopes et al., 2022).



CONCLUSÃO

“Ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde (...)”

Coutinho et al. (2022)

A cultura desempenha um papel relevante quando se trata da transição da mulher para a experiência da maternidade. Muitos fatores podem contribuir para a experiência da gravidez, parto e pós-parto, incluindo a segurança percebida, a participação no parto, a experiência da dor, o apoio familiar, os cuidados materno-obstétricos, a experiência de partos anteriores, a analgesia intraparto, o conhecimento da mulher grávida sobre a fisiologia do trabalho de parto e nascimento e o seu envolvimento nas tomadas de decisão (Vieira et al., 2020).

Como afirmam Coutinho et al. (2022, p.2) “ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde”.

Considerar a mulher e família como elementos centrais do cuidado permite uma abordagem personalizada, sensível, respeitadora das necessidades culturais e sociais, integradora de crenças, valores e práticas culturais, promovendo um ambiente acolhedor, respeitador e seguro para uma transição para a parentalidade de forma tranquila. O desafio será encontrar o equilíbrio entre o respeito pelas tradições culturais e a promoção de práticas baseadas em evidência científica, garantindo assim um melhor cuidado de mães e bebés.

Com o conhecimento e abertura para inclusão de novas práticas no cuidado é possível oferecer cuidados individualizados, que garantam conforto e significado, que respeitem escolhas e que ao mesmo tempo garantam o bem-estar e segurança na vivência de uma mulher, mãe, bebé e família, para uma transição para a parentalidade harmoniosa.

O conhecimento antropológico enriquece a prática da enfermagem materno-obstétrica, por oferecer uma perspetiva holística e culturalmente sensível do cuidado, permitindo ao enfermeiro especialista de enfermagem de saúde materna e obstétrica compreender as necessidades, intenções, gerir expectativas, respeitar escolhas, promover um cuidado de saúde efetivo, personalizado, digno, seguro, respeitador e de qualidade, resultando em bem estar, conforto, em menos complicações, maior satisfação, segurança e maiores ganhos de saúde para os intervenientes, nomeadamente, mulher/mãe, bebé e respetiva família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adatar, P., Johanita, S., Ricks, E., & Mwini-Nyaledzigbor, P. P. (2019). Cultural beliefs and practices of women influencing home births in rural Northern Ghana. *International Journal of Women's Health*, 11, 353–361. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S190402>
- Araújo, G. B. F., Miranda, L. O., Nolêto, I. R. S. G., Aguiar, W. J. L., Moreira, A. M., & Freitas, D. R. J. (2018). Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: Análise geral. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, 16(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1173>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2025). *Australia's mothers and babies*. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/bf03fda0-6d37-46f3-8ba6-9c3ebadc26f8/australia-s-mothers-and-babies.pdf?v=20250103131556&inline=true>
- Aziato, L., & Omenyo, C. N. (2018). Initiation of traditional birth attendants and their traditional and spiritual practices during pregnancy and childbirth in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(64). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1691-7>
- Baião, M. R., Santos, M. M. A. S., Líbera, B. D., & Machado, R. C. M. (2013). O puerpério e sua dimensão sociocultural na perspectiva de mulheres moradoras da região de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 8, 309–320. <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.6562>
- Baraldi, N. G., & Praça, N. S. (2013). Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(2), 282–289. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v12i2.19596>
- Bastos, R., & Pereira, P. (2018). Mães Waldorf: Gestação e parto na comunidade antroposófica. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 22(65), 505–516. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0651>
- Beinempaka, F., Tibanyendera, B., Atwine, F., Kyomuhangi, T., Kabakyenga, J., & MacDonald, N. E. (2015). Traditional rituals and customs for pregnant women in selected villages in Southwest Uganda. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(10), 899–900. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30026-3](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30026-3)
- Beinempaka, F., Tibanyendera, B., Atwine, F., Kyomuhangi, T., & Macdonald, N. E. (2014). The practice of traditional rituals and customs in newborns by mothers in selected villages in southwest Uganda. *Paediatrics & Child Health*, 19(2), 72. <https://doi.org/10.1093/pch/19.2.72>
- Cai, D., Villanueva, P., Lu, H., Zimmermann, B., & Horsch, A. (2024). A qualitative study of postpartum practices and social support of chinese mothers following childbirth in Switzerland. *Midwifery*, 138, 104137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104137>
- Callister, L. C., Eads, M. N., & Diehl, J. P. S. Y. (2011). Perceptions of giving birth and adherence to cultural practices in chinese women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36, 387–394. Doi:10.1097/NMC.0b013e31822de397

- Campos, A. S., Almeida, A. C. C. H., & Santos, R.P.S. (2014). Beliefs, myths and taboos of pregnant women about vaginal birth. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 4(2), 332–341. <https://doi.org/10.5902/2179769210245>
- Chakona, G., & Shackleton, C. (2019). Food taboos and cultural beliefs influence food choice and dietary preferences among pregnant females in the Eastern Cape, South Africa. *Nutrients*, 11, 2668. <https://doi.org/10.3390/nu11112668>
- Chang, S. H., Hall, W. A., Campbell, S., & Lee, L. (2018). Experiences of Chinese immigrant women following Zuo Yue Zi in British Columbia. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1385–1394. <https://doi.org/10.1111/jocn.14236>
- Cheung, N. F. (1997). Chinese zuo yuezi, sitting in for the first month of the postnatal period, in Scotland. *Midwifery*, 13(2), 55–65. [https://doi.org/10.1016/s0266-6138\(97\)90057-7](https://doi.org/10.1016/s0266-6138(97)90057-7)
- Chimbatata, N. B. W., & Malimba, C. (2016). Infertility in Sub-Saharan Africa: A female's issue for how long? A qualitative review of literature. *Open Journal of Social Science*, 4, 96–102. <https://doi.org/10.4236/jss.2016.48012>
- Choi, S. K. Y., Henry, A., Hilder, L., Gordon, A., Jorm, L., & Chambers, G. M. (2019). Adverse perinatal outcomes in immigrants: A ten-year population-based observational study and assessment of growth charts. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 33(6), 1–12. <https://doi.org/10.1111/ppe.12583>
- Chu, C. M. Y. (2005). Postnatal experience and health needs of chinese migrant women in Brisbane, Australia. *Ethnicity & Health*, 10(1), 33–56. <https://doi.org/10.1080/1355785052000323029>
- Correia, M. F. R. (2011). *Cultura cigana e sua relação com saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10506/1/10506.pdf>
- Coutinho, E., Domingos, A. R., Reis, A., & Parreira, V. (2022). Ser enfermeiro obstetra e mediador intercultural na interação com mulheres grávidas migrantes. *New Trends in Qualitative Research* 13, 1–10. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- Currie, S. (2016). *Alternative birth positions*. USAID, MCSProgram. <https://www.mcsprogram.org/wpcontent/uploads/2016/09/AlternativeBirthPositions-2.pdf>
- Davies, S. (2021). The experience of pregnancy in the british gypsy, Roma and traveller communities. *AIMS Journal*, 33(2), 7–12. https://issuu.com/aims1/docs/journal_33_2_final2
- Dias-Scopel, R., & Scopel, D. (2018). ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. *Desacatos* 58, 16–33. <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n58/2448-5144-desacatos-58-16.pdf>
- Ding, G., Niu, L., Vinturache, A., Zhang, J., Lu, M., Gao, Y., Pan, S., Tian, Y., Pan, S., & Tian, Y. (2020). Doing the month and postpartum depression among chinese women: A Shanghai prospective cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.004>
- Ding, G., Tian, Y., Yu, J., & Vinturache, A. (2018). Cultural postpartum practices of doing the month in China. *Perspectives in Public Health*, 138(3), 147–149. <https://doi.org/10.1177/1757913918763285>

- Dracme, G. P. (2020). *Hábitos e costumes da comunidade hindu de Lisboa quanto à saúde e ao tratamento das doenças* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/52152>
- Ekezie, W., Hopwood, E., Czyznikowska, B., Weidman, S., Mackintosh, N., & Curtis, F. (2024). Perinatal health outcomes of women from gypsy, Roma and traveller communities: A systematic review. *Midwifery*, 129, 103910. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103910>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2017). *Second European Union minorities and discrimination survey: Muslims: Selected findings*. FRA. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2017-eu-minorities-survey-muslims-selected-findings_en.pdf
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., Muijsenbergh, M., & Soltani, Ho. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in european countries: A systematic review. *PLOS One*, 15(2), 0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Fernandes, L. M. M., Lansky, S., Passos, H. R., Bozlak, C., & Shaw, B. (2021). Brazilian women's use of evidence-based practices in childbirth after participating in the senses of birth intervention: A mixed-methods study. *PLOS One*, 16(4), 0248740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248740>
- Fok, D., Aris, I. M., Ho, J., Lim, S. B., Chua, M. C., Pang, W. W., Saw, S. M., Kwek, K., Godfrey, K. M., Kramer, M. S., & Chong, Y. S. (2016). A comparison of practices during the confinement period among chinese, malay, and indian mothers in Singapore. *Birth* 43(3), 247–254. <https://doi.org/10.1111/birt.12233>
- Gatrad, A. R., Ray, M., & Sheikh, A. (2004). Hindu birth customs. *Archives of Disease in Childhood*, 89(12), 1094–1097. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.050591>
- Grundy, S., Lee, P., Small, K., & Ahmed, F. (2021). Maternal region of origin and small for gestational age: A cross-sectional analysis of victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 409. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03864-9>
- Hassan, S. M. (2022). Religious practices of muslim women in the UK during maternity: Evidence-based professional practice recommendations. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04664-5>
- Hassan, M.S., Leavey C., & Rooney J.S. (2019). Exploring english speaking muslim women's first-time maternity experiences: A qualitative longitudinal interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 146. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2302-y>
- Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>
- Hlatshwayo, A. M. (2017). *Indigenous knowledge, beliefs and practices on pregnancy and childbirth among the Ndaue people of Zimbabwe* [Doctoral thesis, University of Kwa-Zulu Natal]. <https://researchspace.ukzn.ac.za/server/api/core/bitstreams/5e37c9f3-494f-4aa0-948a-8a69c4eb0c24/content>
- Honkavuo, L. (2021). Women's experiences of cultural and traditional health beliefs about pregnancy and childbirth in Zambia: An ethnographic study. *Health Care for Women International*, 42(4–6), 374–389. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1898613>

- Ichisato, S. M. T., & Shimo, A. K. K. (2006). Vivência da amamentação: Lactogogos e rede de suporte. *Ciência Cuidado e Saúde*, 5(3), 355–362.
https://www.researchgate.net/publication/277216241_Vivencia_da_amamentacao_lactogogos_e_rede_de_suporte
- Indrayani, I. & Khodijah, H., Mudarris, N., Hamat, A., & Rahmadi, A., & Ali, J. (2017). How does moslem community apply the tahneek to the babies? *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 11(1), pp. 18–25.
https://www.researchgate.net/publication/317777417_How_does_Moslem_community_apply_the_tahneek_to_the_babies
- International Confederation of Midwives. (2024). *ICM essential competencies for midwifery practice*. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf
- International Organization for Migration. (2022). *World migration report 2022*. IOM.
<https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/world-migration-report-2022>
- Jeremias, C., & Rodrigues, F. (2022). Cuidar culturalmente competente de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento. *RIIS: Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 21–33. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.190>
- Kanu, I. A. (2019). An Igwebuike approach to the study of african traditional naming ceremony and baptism. *Journal of Religion and Human Relations* 11(1), 25–52.
<https://www.ikechukwuanthonykanu.com/repo/IGWEBUIKE%20AND%20TRADITIONAL%20NAMING%20CEREMONY.pdf>
- Kitila, S., Molla, W., Wedaynewu, T., Yadessa, T., & Gellan, M. (2018). Folk practice during childbirth and reasons for the practice in Ethiopia: A systematic review. *Gynecology Obstetrics*, 8(465). <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000465>
- Largent, K. J. (2013). A brief introduction to hinduism. In *Finding god among our neighbors: An interfaith systematic theology* (Chapter 1, pp. 11–36). Augsburg Fortress Publishers. <https://ms.augsburgfortress.org/downloads/9780800699338Chapter1.pdf>
- Leal, N. P., Versiani, M. H., Leal, M. D. C., & Santos, Y. R. P. (2021). Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: A fala das puérperas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 941–950.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
- Lee, T. Y., Landy, C. K., Wahoush, O., Khanlou, N., Liu, Y. C., & Li, C. C. (2014). A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *BMC Health Services Research*, 14, 114.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-114>
- Lima, K. L., Figueiredo, N. M., Reis, S. S. G., & Correia, T. I. G. (2016, novembro 24–25). Comparação entre as taxas de cesarianas entre Brasil e Portugal [Apresentação de Poster]. *Jornadas de Obstetrícia: Por uma vida melhor*, Bragança, Portugal.
<http://hdl.handle.net/10198/13837>
- Lopes, J. N. D., Frias, A. M. A., Pereira, S. C. G. R., & Barros, M. L. F. (2022). Influência da cultura no bem-estar materno-fetal: Uma revisão narrativa. In *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: Promoção da saúde no período pré-natal* (pp. 12–23). Editora Científica Digital. <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220609210.pdf>
- Matthey, S., Panasetis, P., & Barnett, B. (2002). Adherence to cultural practices following childbirth in migrant chinese women and relation to postpartum mood. *Health Care for Women International*, 23(6–7), 567–575. <https://doi.org/10.1080/07399330290107331>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mozooni, M., Pennell, C. E., & Preen, D. B. (2020). Healthcare factors associated with the risk of antepartum and intrapartum stillbirth in migrants in Western Australia, 2005–2013: A retrospective cohort study. *PLOS Medicine*, 17(3), 1003061.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003061>
- Musie, M. R., Peu, M. D., & Bhana-Pema, V. (2019). Factors hindering midwives' utilization of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), 1–8.
<https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071>
- Mulaudzi, F. M., & Lebesse, R. T. (2022). *Working with indigenous knowledge: Strategies for health professionals*. AOSIS Books. <https://doi.org/10.4102/aosis.2022.BK296>
- Naab, F., Lawali, Y., & Donkor, E. S. (2019). My mother in-law forced my husband to divorce me: Experiences of females with infertility in Zamfara State of Nigeria. *PLOS One*, 14(12), 0225149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225149>
- Nicida, L. R. A., Teixeira, L. A. S., Rodrigues, A. P., & Bonan, C. (2020). Medicalização do parto: Os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4531–4546. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
- Nkemdirim, I. B., & Innocentia, A. C. (2019). Culture and migration: The case of Igbo of South Eastern Nigeria. *Journal of African Studies and Sustainable Development*, 2(6), 130–147. <https://www.acjol.org/index.php/jassd/article/view/2670>
- Nwadiokwu, C. N., Nwadiokwu, E. N., Favour, E. N., & Okwuazun, M. E. (2016). Rites of passage african traditional region. *International Journal of Education and Research*, 4(9), 41–50. <https://www.ijern.com/journal/2016/September-2016/04.pdf>
- Owens, C., Dandy, J., & Hancock, P. (2016). Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: A qualitative study of refugee and migrant women in Perth, Western Australia. *Women & Birth*, 29(2), 128–137.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.003>
- Ohaja, M., & Anyim, C. (2021). Rituals and embodied cultural practices at the beginning of life: African perspectives. *Religions*, 12(11), 1024. <https://doi.org/10.3390/rel12111024>
- Pati, S., Chauhan, A. S., Mahapatra, P., Hansdah, D., Sahoo, K. C., & Pati, S. (2018). Weaved into the cultural fabric: A qualitative exploration of alcohol consumption during pregnancy among tribal women in Odisha, India. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0146-5>
- Pati, S., Chauhan, A. S., Panda, M., Swain, S., & Hussain, M. A. (2014). Neonatal care practices in a tribal community of Odisha, India: A cultural perspective. *Journal of Tropical Pediatrics*, 60(3), 238–244. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmu005>
- Pereira, A. P., Frade, F., Niza, M., Costa, M. J., Andrade, N., & Miranda, S. (2008). Parto e puerpério: Perspectiva multicultural em Portugal. *Percursos*, 3(7).
<http://hdl.handle.net/10400.26/9149>

- Pillsbury, B. L. (1978). Doing the month: Confinement and convalescence of chinese women after childbirth. *Social Science & Medicine*, 12(1B), 11–22.
[https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90003-0](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90003-0)
- Pordata, Estatísticas sobre Portugal e Europa. (s.d.). *No âmbito do dia internacional dos migrantes Pordata divulga retrato da população estrangeira e dos fluxos migratórios em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido dezembro 10, 2024, em https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-07/f_2023_12_12_pr_dia_internacional_dos_migrantes_vf.pdf
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Inquérito às condições origens e trajetórias da população residente em Portugal*. INE.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=625453018&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Inquérito às condições de vida, origens e trajetórias da população residente 2023* (Versão retificada 17/01/2024). INE.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=643800069&att_displ ay=n&att_download=y
- Portugal, Regulamento n.º 391/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2(85), pp. 13560–13565.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Queensland Health. (2013). *Multicultural health: A guide for health professionals: Community profiles for health care providers: Cultural profiles*. Acedido dezembro 10, 2024 em https://www.health.qld.gov.au/multicultural/health_workers/cultdiver_guide
- Queensland Health. (2023). *Multicultural clinical support resource folder*. Acedido dezembro 10, 2024, em https://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/mcsr
- Rodrigues, A. P., Oliveira, D. C. C., Gomes, M. L., Nicida, L. R. A., Torres, J. A., Coutinho, A. T. D., Cravo, B. D. S. S., Dantas, J. G., Oliveira, T. B., & Domingues, R. M. S. M. (2023). Women's voice on changes in childbirth care practices: A qualitative approach to women's experiences in brazilian private hospitals participating in the adequate childbirth project. *Reproductive Health*, 20(2), 19. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01539-y>
- Rogers, H. J., Homer-AO, C. S. E., & Henry, A. (2023). Perspectives of women and partners from migrant and refugee backgrounds accessing the cross cultural worker service in maternity and early childhood services: A survey study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1233. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10194-3>
- Sartori, C. C., Reticena, K. O., Manfio, A., Santos, M. S., Bravo, D. S., Valverde, V. R. L., Carvalho, V. C. S., Oliveira, J., Oliveira, J. A. A., & Gomes, M. F. P. (2020). As crenças que influenciam o autocuidado da puérpera. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(1), 67–71.
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200907_163646.pdf
- Saunders, S. L., Sutcliffe, K., McOrist, N. S., & Levett, K. M. (2022). The associations between women who are immigrants, refugees, or asylum seekers, access to universal healthcare, and the timely uptake of antenatal care: A systematic review. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 63(2), 134–145.
<https://doi.org/10.1111/ajo.13632>

- Shabana, A. (2020). Islamic ethics and the legitimacy of scientific innovation: Reproductive genetic counseling within the muslim context. *Sociology of Islam*, 8(2), 265–289. <https://doi.org/10.1163/22131418-00802006>
- Shoaib, A. B. (2024). Islamic perspectives on preconception, prenatal, and perinatal counseling. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1373918. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1373918>
- Siwila, L. C. (2015). The role of indigenous knowledge in african women's theology of understanding motherhood and maternal health. *Alternation*, 14(spec. ed.), 61–76. <https://alternation.ukzn.ac.za/Files/docs/22.3/04%20Siwila.pdf>
- Souza, D., Montagner, M., Alves, S., & Montagner, M. (2022). A experiência e as estratégias das mulheres de etnia cigana com o nascimento dos seus filhos: A realidade do mundo cigano no sistema único de saúde do distrito federal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 11(1), 106–127. <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i1.906>
- Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennet, P., Campbell, O. M. R., & Fuhr, D. C. (2023). The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 8(3), 203–216. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00342-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00342-5)
- Treacy, L., Bolkan, H.A., & Sagbakken, M. (2018). Distance, accessibility and costs: Decision-making during childbirth in rural Sierra Leone: A qualitative study. *PLOS One*, 13(2), 0188280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188280>
- Toh, R. K. C., & Shorey, S. (2023). Experiences and needs of women from ethnic minorities in maternity healthcare: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *Women and Birth*, 36(1), 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.003>
- United Nations Children's Fund. (2021). *Migration: In 2020, the number of international migrants reached 281 million, 36 million of them were children*. Acedido dezembro 10, 2024, em <https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration/>
- Vieira, R. C. M. S., Ferreira, C. H. J., Cavalli, R. C., Prado, M. L. R., Beleza, A. C. S., & Driusso, P. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the brazilian portuguese version of the childbirth experience questionnaire. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 477. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03163-9>
- Vilela, M. E. A., Leal, M. C., Thomaz, E. B. A. F., Gomes, M. A. S. M., Bittencourt, S. D. A., Gama, S. G. N., Silva, L. B. R. A. A., & Lamy, Z. C. (2021). Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 789–800. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
- Wang, Q., Chaloumsuk, N., & Fongkaew, W., (2022). An ethnography of doing the month and modern postpartum practices among rural women in Jiangxi, China. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(2), 341–354. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/256522/174561>
- Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from asian countries. *Midwifery*, 56, 158–170. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.019>
- World Health Organization. (2022a). *World report on the health of refugees and migrants*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>

- World Health Organization. (2022b). *World report on the health of refugees and migrants: Summary*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360405/9789240054486-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2023). *Promoting the health of refugees and migrants: Experiences from around the world*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366326/9789240067110-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?sequence=1>
- Xiao, G., Hu, J., Wang, H., Li, Q., Peng, S., Qin, C., & Li, Y., (2023). Experience of postpartum depression among chinese women: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 125, 103795. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103795>
- Yelland, J., Riggs, E., Small, R., & Brown, S. (2015). Maternity services are not meeting the needs of immigrant women of non-english speaking background: Results of two consecutive australian population based studies. *Midwifery*, 31(7), 664–70.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.001>
- Zheng, X., Watts, K., & Morrell, J. (2019). Chinese primiparous women's experience of the traditional postnatal practice of doing the month: A descriptive method study. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(3), 253–262. <https://doi.org/10.1111/jjns.12232>



