

Parto e Puerpério: Perspectiva Multicultural em Portugal

Ana Patrícia Pereira, Filipa Frade , Marta Niza ,
M^a João Costa , Nádía Andrade, Susana Miranda*

Resumo

O presente artigo visa uma revisão bibliográfica dos conteúdos relativos às vivências do parto e puerpério das mulheres que pertencem às minorias étnicas mais significativas em Portugal. Pela metodologia seguida, foram discutidas as comunidades cigana, brasileira, ucraniana e cabo-verdiana. Os resultados evidenciam que as experiências de parto e puerpério são vivenciadas de forma bastante diferente tendo em conta a cultura inerente à mãe.

Palavras-chave: Parto, puerpério, minorias étnicas, cultura, crenças, Portugal.

Abstract

This article is a literature review of content relating to the birth and puerperium's experiences of women who belong to the most significant ethnic minorities in Portugal. According to the methodology followed, it was discussed the gypsy, Brazilian, Ukrainian and Cape Verdean communities. The results show that the experiences of childbirth and the puerperium are lived quite different given the culture that is inherent to the mother.

Key words: Birth, puerperium, Ethnic minorities, culture, believes, Portugal.

Introdução

O presente artigo visa o estudo da influência da cultura sobre as vivências do parto e puerpério pela mulher em Portugal. Como tal, torna-se pertinente a abordagem dos conteúdos inerentes ao conceito de cultura e a forma como esta condiciona os constructos de Saúde e Doença de um grupo, os seus valores, ideais e crenças. Esta temática é relevante pelo número crescente de imigrantes em Portugal que recorrem aos serviços de saúde procurando uma resposta apropriada por parte dos profissionais. Assim, apresentam-se e analisam-se os traços culturais que envolvem a experiência do parto e puerpério em determinados grupos étnicos, no sentido de proporcionar ao profissional de saúde, um conhecimento mais abrangente que lhe permita

uma intervenção mais próxima e adequada às necessidades da pessoa enquanto ser biopsico-sociocultural e espiritual, inserido na sociedade.

Metodologia

As minorias étnicas apresentadas, sobre as quais se efectuou a revisão bibliográfica dos conteúdos inerentes às vivências sobre o parto e puerpério, foram seleccionadas com base nas Estatísticas de Imigração ¹. Deste modo, seleccionaram-se as três minorias étnicas mais significativas: brasileiros (14,9%), ucranianos (14,7%) e cabo-verdianos (14,3%) ¹.

Quanto à população de etnia cigana não foram encontrados dados que sustentem um número exacto de indivíduos, pois não apresentam distinção dos demais cidadãos portugueses. Contudo, aceita-se que existam entre 20 a 90 milhares de indivíduos desta etnia em Portugal ². Relativamente à população Cabo-verdiana, foi

* Estudantes do 6º CLE da ESS-IPS

- Artigo revisto pela Prof. Fernanda Gomes da Costa, Responsável pela Unidade Curricular Enfermagem VI

efectuada uma entrevista semi-directiva, na tentativa de colmatar a escassa informação disponível acerca da temática em foco.

O papel do Enfermeiro é abordado ao longo de todo o artigo, reflectindo uma análise contínua dos conteúdos abordados, pelo que se encontra destacado em itálico.

Cultura

A cultura específica de cada época, área geográfica ou grupo, cria normas de comportamento, e expectativas para fases do ciclo de vida³. Estas envolvem as tradições de cada comunidade, pelo que devem ser estudadas para uma melhor compreensão acerca dos modos de expressão que são adoptados⁴. A percepção e conotação dos acontecimentos de vida é cultural (e condicional), o que influencia a utilização dos serviços de saúde⁵.

A maternidade constitui uma experiência única e irrepetível na vida da mulher, na qual se deverá enaltecer a diversidade cultural e as diferenças que esta comporta, afastando atitudes etnocêntricas⁴. Contudo, embora se defenda a singularidade e o valor das diferentes culturas seria desejável que, relativamente a áreas ligadas à saúde (e em especial à Saúde Materna), se desse uma aculturação^{5;6}. *O enfermeiro deve perceber que a mulher experiêcia a maternidade em todas as suas dimensões. Os cuidados devem ser culturalmente sensíveis, considerando as experiêcias anteriores, a informação e a percepção que a mulher tem da situação. Não deve impor o seu saber ou percepção dos acontecimentos, sob pena de dificultar o processo de trabalho de parto*^{6;7}.

As tradições incluem crenças que reflectem a cultura tradicional, o folclore mágico e, por vezes, a religião, sendo referentes à Saúde Materna reflectem ainda os papéis masculinos e femininos. Aquelas variam com o grau de aculturação e nível educacional, por exemplo. Assim, pessoas pertencentes a determinada etnia podem adoptar alguns, todos ou nenhum dos comportamentos associados à sua cultura^{4;6}. Caso estes não sejam aceites, a mulher

pode deixar de recorrer à IS (Instituição de Saúde), refugiando-se no sistema popular, recheado de práticas, por vezes, perigosas⁷. É importante perceber o que, culturalmente, as mulheres esperam receber dos enfermeiros. Estes além de valorizar práticas culturais inócuas, devem explorar outras de modo a perceber a sua perigosidade, caso exista perigo deve utilizá-las num processo de modificação de hábitos e educação para a saúde diminuindo os riscos.

A diversidade cultural e religiosa da população residente em Portugal responsabiliza o país em proporcionar cuidados de saúde em resposta às particularidades étnicas da mesma, sob pena daqueles não serem de qualidade: o mesmo se aplica aos cidadãos de cultura ocidental⁸.

As Mulheres Ciganas

Aceita-se que a população cigana esteja em Portugal há 6 séculos; a recusa de aculturação desta etnia conduziu à exclusão social, o que a tornou vulnerável^{2;9}.

O sexo é um tabu e as mulheres ciganas são desconfiadas com estranhos e têm pudor de expor-se da cintura para baixo, pelo que podem recusar serem atendidas por profissionais do género masculino^{2;9}. *Entendendo esta recusa e providenciando, sempre que possível, que os cuidados sejam prestados por enfermeiras prestar-se-ão cuidados culturalmente competentes. É importante criar uma relação de confiança eficaz. Deve informar-se a mulher da possibilidade de o parto ter de ser efectuado por um médico.*

Esta é uma população de risco nos critérios da OMS, pois os casamentos são precoces (14-16 anos), maioritariamente endogâmicos e a gravidez é o seu complemento natural e um elemento social e culturalmente integrante – 'ritual' de passagem para a vida adulta^{3;9}. Esta conjuntura aumenta a taxa de natalidade precoce e o número médio de filhos⁹. As mulheres dirigem-se às instituições de saúde apenas em situação de perigo e fazem-no com angústia. Adoptam apenas as práticas de saúde que consideram benéficas sem se submeter à lógica biomédica^{2;9}. Consideram parte da feminilidade parir

sem ter de recorrer a IS, o que é ainda associada a problemas intra-parto. Não é percebida a necessidade de acompanhamento médico, embora por vezes este seja realizado nos primeiros e/ou no último mês^{2;3}. *Há que esclarecer que o acompanhamento médico da gravidez pode despistar situações de perigo (doenças congénitas, gravidez de risco) e, ainda, que no seio da IS os seus familiares serão bem-vindos, diminuindo a angústia. Importa explicar à mulher que, se for múltipara, o parto poderá dar-se rapidamente, pelo que é desejável que no início do trabalho de parto se dirija a uma IS. Deve ressaltar-se que a organização tem regras que a mulher deve cumprir. É imprescindível a formação culturalmente sensível e a colaboração multidisciplinar e intersectorial. Caso não ocorram intercorrências na gravidez/parto, poderá ser mais fácil fazer com que as mulheres acompanhem gravidezes subsequentes.*

As grávidas não são consideradas doentes e o parto dá-se, normalmente, no domicílio. É aceite que se recorra a IS no primeiro parto, mas não nos seguintes. Este é encarado como sendo natural, sem riscos e um processo no qual a mulher não precisa de cuidados de saúde especiais³. Assim, no puerpério também não se dispensam cuidados de saúde especiais ao recém-nascido (RN) ou à mulher, que deve retomar a actividade rapidamente³. O parto é realizado por curiosas e a morte da mãe ou da criança durante o parto é um mau agouro para toda a família⁹. Na concepção cigana tradicional as IS são impuras pelo que as puérperas podem recusar a alimentar-se das refeições confeccionadas naquelas^{3;9}. *O enfermeiro deve esclarecer que o parto tem, inevitavelmente, riscos, mas que realizá-lo numa IS os reduz substancialmente; e também que caso existam complicações estas serão mais facilmente resolvidas numa IS. Deve explicar-se que tipos de movimentos a mulher deve evitar fazer imediatamente após o parto (especialmente se cesariana). Caso a mulher considere a IS impura os profissionais devem respeitar a sua concepção e incentivar a família a levar alimentação adequada.*

Na primeira semana o pai não deve ver a puér-

pera nem o filho, e por uma quarentena não deve tocar-lhes, porque, até que a criança seja baptizada – com água corrente, estão impuros. Pelo mesmo motivo tudo o que foi tocado durante a gravidez, o processo de parto e a quarentena deve ser destruído⁹. Na quarentena o pai não deve receber visitas. O RN partilha a cama com a mãe e deve ter uma lâmpada acesa perto de si até ao baptismo⁹. *Deve respeitar-se a separação do casal e criar condições para a puérpera ser regularmente visitada pela pessoa significativa. É imprescindível que, em consultas domiciliárias pós-parto, o profissional conheça a tradição para prestar cuidados que respeitem toda a família. O enfermeiro deve alertar a puérpera para o risco de partilhar a cama com o RN (sufocamento, alergias) e sugerir que, em alternativa, a mãe coloque o RN dentro de uma alcofa, e coloque esta em cima da cama. Deve providenciar uma fonte de luz durante o internamento, mas alertar para os riscos que isso pode acarretar no domicílio (curto-circuito, incêndio em caso de velas).*

As Mulheres Brasileiras

Nos hospitais públicos do Brasil, em 1993, 31% dos partos realizados foram cesarianas, e estes valores não tendem a diminuir, embora a OMS recomende que apenas 15% o sejam. Este aumento da taxa de incidência de partos por cesariana verifica-se desde a década de 70, o que levou os profissionais de Saúde Materno-infantil a reponderar o seu conceito de humanização do parto, aumentando os estudos de investigação relacionados com esta temática. Segundo os investigadores, a medicalização do parto encontra-se ligada ao aumento progressivo da percepção deste como um acto patológico^{10;11;12;13;14}.

De acordo com os profissionais, o aumento do número de cesarianas realizadas justifica-se, maioritariamente, pela preferência da mulher. Estes (80%) consideram que as mulheres solicitam cesariana, por medo do parto vaginal. O temor da dor durante o trabalho de parto e as preocupações com a imagem corporal são os motivos mais enumerados^{10;13;14}.

Todavia, estudos comprovam a discrepância entre a visão dos profissionais e das mulheres: aqueles inferem que a grande maioria das grávidas preferem o parto vaginal à cesariana por a dor a que estão sujeitas durante o pós-operatório acarretar maiores transtornos e que mulheres com acesso a informação adequada compreendem que o parto vaginal não traz prejuízo para a sua função sexual e que a cesariana as expõe, bem como aos seus filhos, a maiores riscos. Em suma, os estudos parecem indicar que persistem crenças erradas relacionadas com o parto vaginal e uma assumida preferência pela cesariana, por consequência da falha na comunicação entre profissionais e gestantes^{10;13;14}. *Embora, o aumento dos partos por cesariana seja justificado pela solicitação da mulher, torna-se imperativo analisar quais os conhecimentos que sustentam tal pedido, isto é, qual a qualidade da informação a que a mulher teve acesso e que condiciona a sua decisão. No que se reporta à percepção da realidade em Portugal, torna-se fulcral para os profissionais de enfermagem que acompanham uma grávida imigrante do Brasil, proceder igualmente a essa avaliação.* As grávidas são frequentemente influenciadas pelas vivências do parto das suas mães, irmãs, entre muitas outras mulheres com quem contactam, pelo que se pressupõe que as crenças sobre o parto fluem entre gerações e dentro da comunidade. Assim admite-se que as ideias face ao parto sejam já parte da cultura destas mulheres¹⁴. *Quando a grávida se dirige ao profissional de saúde, deve ser recebida e apoiada de forma sensível a todas as suas dimensões – dentro das quais emerge a cultural.*

Outro aspecto de extrema relevância, sobejamente descrito, é o receio da grávida de que os profissionais reprimam ou condenem as suas queixas de dor; este pode ser outro motivo para optar por um parto medicalizado^{10;14; 15;16}. *Assim, evidencia-se igualmente como uma função do profissional de enfermagem o estabelecimento de uma relação com a cliente que privilegie a partilha de informação e a expressão livre de sentimentos, sem juízos de valor, de modo a favorecer o empoderamento da grávida para a*

toma de decisão sobre o parto. Importa salientar, ainda, que a educação para a saúde constitui um importante factor predisponente ao aumento da auto-estima da grávida, pois é frequente que a mulher se sinta inapta para o desempenho do papel de mãe. A facilitação de conhecimentos, durante a gravidez, relativos aos cuidados a ter com o recém-nascido, diminui a ansiedade perante o período do puerpério.

As Mulheres Ucrainianas

Na Ucrânia, o parto era percebido como um acontecimento natural, mas igualmente ritualista e simbólico. Seria requerida a acção de uma mulher com experiência que executasse cuidados à mãe e ao RN e também os rituais adequados: mesinhas, citação de 'fórmulas' e previsão do futuro da mulher e do seu filho¹⁷. Até à primeira metade do século XX, esperava-se que a curiosa possuísse o "talento" para praticar os rituais – algumas delas clamavam ter recebido o seu conhecimento de Deus. Estes requisitos eram mais valorizados que a formação: embora o primeiro curso para parteiras tenha sido iniciado no século XVIII, 90% das parturientes ucranianas não recebiam cuidados de uma profissional¹⁷. Era habitual pedir à parturiente para andar em torno de uma mesa, em cujos cantos haveria sido colocado sal. Apesar deste rito ser simbólico, hoje estudos inferem que deambular nas primeiras horas do trabalho de parto reduz a sua duração^{17;18}.

O futuro pai sempre desempenhou certas funções durante o parto: chamar a curiosa e levá-la até à casa onde se encontrava a parturiente e sentar a mulher no seu colo, prestando-lhe apoio se houvesse dificuldade no parto. Era habitual parir-se ajoelhada ou "de cócoras"¹⁷.

Depois do nascimento o RN era cuidadosamente observado e esperava-se um choro vigoroso. A criança era considerada como um adulto em miniatura, procurando-se inseri-la na realidade e ajudá-la no processo de integração no nascimento. Por tal, era uma função das curiosas 'massajar' e 'puxar' as mãos e pés da criança, pressionar a cabeça e o queixo, entre outros

ritos, que auxiliariam a formação da aparência externa da criança, assemelhando-a à do adulto. Posteriormente o recém-nascido era lavado e imobilizado com faixas de tecido, para promover uma 'postura correcta'. Estes actos revelam que o corpo do recém-nascido era percebido como moldável¹⁷.

Após o parto a puérpera e a curiosa deveriam lavar as mãos e antebraços – ritual de purificação indispensável à realização de outro parto. No dia seguinte, a curiosa preparava para a puérpera uma refeição denominada var, que incluía cereais, batatas e queijo¹⁷.

O decorrer do século XX transportou as mudanças. Actualmente na Ucrânia, à semelhança dos países ocidentais, a gravidez é encarada como patológica. Apenas 1% dos partos decorrem no domicílio e mais de dois terços das mulheres são internadas anteriormente ao início do trabalho de parto, provavelmente devido à organização do Sistema de Saúde¹⁹.

Muitos dos cuidados obstétricos prestados ao longo dos tempos parecem hoje absurdos. Por outro lado, pode constatar-se que determinados actos, anteriormente executados de forma ritualista, mantêm-se actualmente, embora modificados e sob uma justificação científica. Apesar de tudo, nem todo o simbolismo foi esquecido, é obvio que a importância para a grávida e sua família de determinados rituais face ao nascimento, depende do modo como a família se relaciona com a sua cultura¹⁷. *Assim, o papel do enfermeiro consiste primordialmente em avaliar como a mulher e sua família vivem a gravidez e idealizam o parto, bem como o cuidar do recém-nascido. Para além da informação ligada à organização dos Serviços de Saúde Nacionais e aos cuidados de obstetria recomendados, é importante dar a conhecer à mulher quais os recursos existentes na comunidade a que pode aceder, como por exemplo aulas de preparação para o parto.*

Relativamente aos cuidados prestados à criança, é relevante explicar à mãe que a imobilização do recém-nascido é, actualmente, apenas realizada

em casos específicos (como, por exemplo, para a execução de determinados procedimentos médicos) e que não se relaciona com a postura da criança.

As Mulheres Cabo-verdianas

Em Cabo-Verde existem ainda muitas barreiras socioculturais que dificultam a promoção da saúde sexual e reprodutiva como um processo integrado na vida da comunidade. Entre estes ressalva-se a poligamia, a multiplicidade de parceiros sexuais, a dependência da mulher relativamente ao homem e a posição do sector religioso face à utilização de contraceptivos²⁰. Verifica-se que neste contexto a gravidez precoce assume uma prevalência significativa que pode ser explicada pela ineficácia dos métodos contraceptivos adoptados, tais como o coito interrompido ('método natural' cit.).

A grande maioria da população é de origem camponesa, incorporando consigo valores e comportamentos tradicionais²¹. A maternidade é vivenciada um pouco à margem do Planeamento Familiar ou Serviço de Protecção Materno-Infantil. Ao vivenciar os primeiros sinais e sintomas de gravidez, tais como amenorreia e náuseas, a mulher 'sente-se grávida'. A gravidez é confirmada através de uma observação no Centro de Saúde (CS), sem recurso a exames complementares de diagnóstico que confirmem fielmente o estado de gravidez. Esta consulta médica designa-se 'controlo' e é realizada em cada trimestre. Contudo, a mulher não é dotada de instrumentos que lhe permitam compreender o processo e adaptar-se ao papel de mãe. *Deste modo, considera-se pertinente que o enfermeiro estimule a mulher no sentido de se dirigir à IS para esclarecer toda e qualquer dúvida relativamente à gravidez, parto e puerpério, demonstrando disponibilidade para que se possa criar uma relação de ajuda e confiança que favoreça a prestação de cuidados.*

O parto dá-se sobretudo no CS mais próximo, contudo existe ainda preferência pelo domicílio onde é notória a actuação das 'curiosas', podendo a parturiente adoptar qualquer posição que

lhe seja mais confortável. Apenas nos casos de gravidez de risco a mulher é aconselhada a dirigir-se ao hospital mais próximo da sua localidade, onde a enfermeira irá guiar a parturiente que assume a posição de decúbito dorsal. Importa referir que não é comum a administração de anestesia no parto e que a cesariana só pode ser efectuada em contexto hospitalar. *Neste sentido o enfermeiro deve actuar realizando a preparação para o parto. Deve informar a mulher relativamente às vantagens de o efectuar numa IS tendo em conta a panóplia de recursos humanos e materiais disponíveis, bem como da possibilidade de ser administrada uma anestesia que possa minorar a dor sentida aquando do parto.*

Ao regressar ao domicílio a mulher assume todas as tarefas domésticas e os cuidados a prestar ao bebé, sem que haja colaboração da parte do companheiro. Por tal, o enfermeiro deve procurar envolver o companheiro no processo, respeitando os seus limites culturais.

As crenças e rituais associados à maternidade ocorrem sobretudo no puerpério: nos três meses que se seguem ao parto, a mulher não deverá lavar a cabeça, sob risco da diminuição da qualidade do leite, que pode mesmo 'secar'; só deverá tomar um banho completo cinco dias após o parto, mas deverá higienizar a região genital; são aconselháveis refeições 'fortes' mas não 'pesadas', tais como canja de galinha, caldo de coelho, juntando ao caldo onde ferveu a carne, farinha de milho, mandioca ou batata-doce. Existe ainda a crença de que a mulher não deverá baixar a cabeça ao nível dos joelhos, pois são relatadas histórias de mulheres em que "o sangue lhes subiu à cabeça e enlouqueceram", mito que estará possivelmente relacionado a uma situação de patologia mental no puerpério. *Assim, o enfermeiro deverá alertar a mulher quanto à importância da realização de uma boa higiene total para a prevenção de infecções, bem como a necessidade de adequar a alimentação às suas necessidades actuais, e ainda quais os movimentos que deverá evitar, sobretudo se efectuar uma cesariana, i.e., desmistificando crenças que se apresentem como*

prejudiciais para a saúde da puérpera.

Conclusão

A cultura influencia o modo como a mulher vivência a maternidade. As suas crenças, medos e reacções são condicionados por ela, tal como pela informação que a grávida possui, pelas experiências passadas e pelo modo como manifesta a sua herança cultural.

Os cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis emergem como uma necessidade incontornável, devido à elevada taxa de imigrantes que procuram os serviços de saúde materna e obstétrica portugueses. Compreensivelmente esta tarefa não é de todo livre de complexidade, pois o enfermeiro tem o dever de respeitar o direito da mulher de cumprir os rituais integrantes da sua etnia e, simultaneamente, de proteger a saúde da mulher e da criança, que pode ser arriscada por consequência de acções influenciadas por crenças erróneas.

O enfoque deste artigo esteve nas particularidades culturais apresentadas por mulheres pertencentes a minorias étnicas em Portugal, durante o parto e o período do puerpério. De uma forma sumária pode inferir-se que, independentemente da nacionalidade da mãe e sua família, os cuidados de enfermagem devem ser fundados numa atitude empática, sem a qual não podem ser considerados de qualidade.

Bibliografia

1. ACIME, Estatísticas de Imigração. Lisboa (2005). www.acime.gov.pt 09-03-2008 10:20
2. FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO - Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde. Madrid (2007). http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_pt.pdf 16-03-2008 21:20
3. SILVA, Luísa Ferreira da - Saúde/doença é questão de cultura – Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal. Lisboa: Acime (2005). ISBN 989-8000-01-5. <http://www.ciga-nos.pt/UserFiles/Files/>

4. COUTO, Germano – Preparação para o parto. 4ª Edição. LOURES: Lusociência (2003). ISBN: 972-8383-63-0

5. BOBAK, Irene; LOWDERMILK, Deitra; JENSEN, Margaret - Enfermagem na Maternidade. LOURES: Lusociência (1999). ISBN: 972-8383-09-6

6. BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão - Fatores Culturais Que Interferem Nas Experiências Das Mulheres Durante O Trabalho De Parto E Parto. Rev Latino-am Enfermagem. ISSN 0101-1169. (2006) <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf> 15-03-2008 11:30

7. MACHADO, Claudia Maria Diaz – O Cuidado Educativo Transcultural no Processo Puerperal. Universidade Federal de Santa Catarina. (2002). <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0408.pdf> 15-03-2008 12:10

8. SANTINHO, Maria Cristina - Contextos Migratórios, Particularidades Culturais e Abordagens específicas no Campo da Saúde. (2006) <http://www.apantropologia.net/publicacoes/actascongresso2006/cap3/CristinaSantinhoVF.pdf> 15-03-2008 12:25

9. NUNES, Olímpio – O Povo Cigano. 2ª Edição. Lisboa: Reichmann & Afonso Editores. (1996). ISBN 972-1864

10. CAMARA, Michella F. B.; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Maria Alves – Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. ISSN 1518-1944. Vol.2, nº1. (2000). <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/675/751> 15-03-2008 11:40

11. CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José – Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol.13, nº6. (2005), pp.960-967. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf> 15-03-2008 11:00

12. DAVIM, Rejane Marie Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva de – Assistência ao parto normal no domicílio. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol.9, nº6. (2001), pp.62-68. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7828.pdf> 15-03-2008 10:45

13. FAUNDES, Aníbal; et al. – Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Revista Saúde Pública. ISSN

0034-8910. Vol.38, nº.4. (2004), pp.488-494. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf> 15-03-2008 12:05

14. HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; et al. – O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cadernos de Saúde Pública. ISSN: 0102-311X. Vol.18, nº5. (2002), pp.1303-1311. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n5/11003.pdf> 15-03-2008 12:20

15. MELLEIRO, Marta Maria; GUALDA, Dulce Maria Rosa – A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. Revista Texto & Contexto Enfermagem. ISSN: 0104-0707. Vol.15, nº1. (2006), pp.82-88. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415110.pdf> 15-03-2008 12:55

16. RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVA, Raimunda Magalhães da; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho – Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. Revista Enfermagem UERJ. ISSN 0104-3552. Vol.14, nº2. (2006), pp. 232 - 238. <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n2/v14n2a13.pdf> 15-03-2008 11:20

17. BORIAK, Olena – The Anthropology of Birth in Russia and Ukraine: The Midwife in Traditional Ukrainian Culture: Ritual, Folklore and Mythology. Journal of the Slavic and East European Folklore Association. Vol.VII, nº2. (2002), pp.29-49. <http://www.arts.ualberta.ca/SEEFA/fall02.pdf> 18-03-2008 15:15

18. MAMEDE, Fabiana Villela, et al. – A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol.15, nº6. (2007), pp.1157-1162. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/15.pdf> 17-03-2008 17:10

19. SELTZER, Judith, et al. – Assessment of Reproductive and Maternal Health in Ukraine. 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACW471.pdf 17-03-2008 18:00

20. VERDEFAM, Saúde Sexual e Reprodutiva em Cabo Verde. <http://www.cvtelecom.cv/verdefam/> 16-03-2008, 19:0521. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA CABO VERDE - Censo 2000 – Fecundidade. Cabo Verde: INE (2000). <http://www.ine.cv> 18-03-2008, 22:43