UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MUDANÇA SOCIAL E PARTICIPAÇÃO
POLÍTICA

SAMANTA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA

**A cultura na gestação, parto e nascimento: vozes das mulheres imigrantes
sírias**

São Paulo

2019

SAMANTA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA

**A cultura na gestação, parto e nascimento: vozes das mulheres imigrantes
sírias**

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 14 de outubro de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de concentração:
Ações coletivas, movimentos e mudanças sociais

Orientadora:
Prof^a.Dr^a. Claudia Medeiros de Castro

São Paulo

2019

Nome: SILVA, Samanta Ribeiro Oliveira da

Título: A cultura na gestação, parto e nascimento: vozes das mulheres imigrantes sírias.

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política.

Área de concentração:
Ações coletivas, movimentos e mudanças sociais.

Aprovado em: 14/10/2019

Banca Examinadora

Prof ^a . Dra. Cláudia Medeiros de Castro	Instituição: Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH/USP
---	--

Julgamento: Aprovada	Assinatura:_____
----------------------	------------------

Prof ^a . Dra. Régia Cristina Oliveira	Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP
--	---

Julgamento: Aprovada	Assinatura:_____
----------------------	------------------

Prof ^a . Dra. Glauce Cristine F. Soares	Instituição: Externo
--	----------------------

Julgamento: Aprovada	Assinatura:_____
----------------------	------------------

Prof ^a . Dra. Amália Suzana Kalckmann	Instituição: Instituto de Saúde - Sec. de Saúde/SP
--	--

Julgamento: Aprovada	Assinatura:_____
----------------------	------------------

Este trabalho é sobre vocês e para vocês... mulheres sírias.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por sua graça e infinita misericórdia.

Agradeço aos meus familiares e principalmente a minha família linda, meu esposo Robson, meus filhos Asaph e Benjamin, pelo incentivo, compreensão e paciência neste período em que me dediquei a este trabalho.

Agradeço a minha orientadora Cláudia, por contribuir imensamente com meu crescimento acadêmico e por acreditar na minha capacidade de forma responsável e carinhosa.

Agradeço aos meus amigos por suas motivações e palavras animadoras em momentos difíceis.

Agradeço a minha amiga Isabella que deste a graduação caminha comigo, sempre me apoiando e incentivando nos muitos desafios da minha vida.

Agradeço aos meus amigos professores que me ajudaram com artigos, teses, aconselhamentos e incentivos.

Agradeço a Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro que possibilitou a dedicação exclusiva para realização deste estudo.

Agradeço as verdadeiras protagonistas deste trabalho. A vocês, MULHERES SÍRIAS, agradeço por toda confiança e acolhimento.

*“Porque tive fome, e destes-me de comer;
Tive sede, e destes-me de beber;
ERA ESTRANGERO E ME ACOLHESTES... ” Mt. 25:35.
(A BÍBLIA, 2002, p. 911)*

RESUMO

SILVA, Samanta Ribeiro Oliveira da. **A cultura na gestação, parto e nascimento: vozes das mulheres imigrantes sírias**. 2019. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Versão Corrigida.

Na atualidade, vários países têm sentido os efeitos do aumento dos fluxos migratórios e das novas configurações da mobilidade humana. O Brasil tem recebido imigrantes oriundos de vários países, com destaque nos últimos anos para os que buscam refúgio em consequência de guerras, como é o caso dos sírios. A atenção à saúde está entre as muitas demandas dirigidas para o país que os acolhe. As mulheres buscam os serviços de saúde principalmente em busca de atenção obstétrica. O presente estudo tem como objetivo compreender aspectos culturais da gestação, parto e nascimento na perspectiva das mulheres imigrantes sírias. Foi desenvolvido um estudo qualitativo, descritivo, que adotou a perspectiva teórica do construcionismo social. Para a configuração do campo, identificamos instituições que atendem imigrantes sírias e serviços de saúde utilizados por elas. Foram selecionadas duas instituições localizadas no Município de São Paulo e realizadas entrevistas semiestruturadas com nove mulheres sírias, refugiadas ou não. Foram identificadas quatro categorias temáticas: O Cuidado centrado na valorização da gestação; A presença da família no parto; O valor na proteção da família no pós-parto e o Acolhimento na assistência obstétrica no Brasil. Ressalta-se a importância do cuidado familiar voltado para a mulher na gestação e no pós-parto, que parece ocupar um lugar especial, enquanto o parto foi descrito como evento marcado por práticas biomédicas, destacando-se a cesárea como via de parto para as sírias cristãs e o parto normal para as sírias muçulmanas; a experiência do parto no Brasil foi descrita como satisfatória. A visibilidade da cultura voltada para o cuidado das mulheres sírias na gestação, parto e pós-parto pode contribuir para a adoção de práticas assistenciais culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: Imigrantes sírias. Aspectos culturais. Atenção obstétrica.

ABSTRACT

SILVA, Samanta Ribeiro Oliveira da. **The culture in pregnancy, childbirth and birth:** voices of syrian immigrant women. 2019. 102 p. Dissertation (Master in Science) – Postgraduate Program in Social Change and Political Participation, School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Corrected version.

Nowadays, several countries have felt the effects of increased migratory flows and new configurations of human mobility. Brazil has received immigrants from various countries, with emphasis in recent years for those seeking refuge as a result of wars, as is the case of the Syrians. Health care is among the many demands directed to the host country. Women seek health services mainly in obstetric care. The present study aims to understand cultural aspects of pregnancy, childbirth and birth from the perspective of Syrian immigrant women. A qualitative, descriptive study was developed that adopted the theoretical perspective of social constructionism. For the configuration of the camp we identified institutions that serve Syrian immigrants and health services used by them. Two institutions, located in the city of São Paulo, were selected and semi-structured interviews were conducted with nine Syrian women, refugees or not. Four thematic categories were identified: Care focused on the appreciation of pregnancy; The presence of the family in childbirth; The value in the protection of the family in the postpartum and the welcoming in obstetric care in Brazil. Highlights the importance of family care for women during pregnancy and postpartum, which seems to occupy a special place, while childbirth was described as an event marked by biomedical practices, especially cesarean section as a way of delivery for women. Christian Syrians and normal childbirth for Muslim Syrians; The experience of childbirth in Brazil has been described as satisfactory. The visibility of the care-oriented culture of Syrian women during pregnancy, childbirth and postpartum can contribute to the adoption of culturally sensitive care practices.

Keywords: Syrian immigrants. Cultural aspects. Obstetric attention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa de localização da Síria.....	31
Figura 02 - Categorias temáticas.....	48
Figura 03 - Linha Narrativa de Damasco – trajetória.....	54
Figura 04 - Linha Narrativa de Alepo – trajetória.....	55
Figura 05 - Linha Narrativa de Safita – trajetória.....	55
Figura 06 - Linha Narrativa de Lataquia – trajetória.....	56
Figura 07 - Linha Narrativa de Al Hasakh – trajetória.....	57
Figura 08 - Linha Narrativa de Tartus – trajetória.....	57
Figura 09 - Linha Narrativa de Homs – trajetória.....	58
Figura 10 - Linha Narrativa de Kameshli – trajetória.....	58
Figura 11 - Linha Narrativa de Hamah – trajetória.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Trecho da transcrição seqüencial de Hamah.....	46
Quadro 02 - Trecho do mapa dialógico temático.....	47
Quadro 03 - Perfil das mulheres sírias.....	52
Quadro 04 - Perfil das mulheres sírias – trajetória.....	52
Quadro 05 - Perfil obstétrico das mulheres sírias.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRIGO	Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
CAMI	Centro de Apoio e Pastoral do Migrante
CEinfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CRAI	Centro de Referência e Acolhida do Imigrante
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
DNV	Declaração de Nascido Vivo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmitidas
MS	Ministério da Saúde
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PASE	Programa de Apoio Sócio-Educacional sem Pernoite
PASEN	Programa de Apoio Sócio-Educacional com Pernoite
PHPN	Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RNE	Registro Nacional de Estrangeiro
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	DESLOCAMENTOS TRANSNACIONAIS: IMIGRAÇÃO E REFÚGIO NO BRASIL.....	21
2.1	Migrações transculturais.....	21
2.2	Imigração no Brasil.....	24
2.3	A atenção à saúde das mulheres imigrantes.....	27
3	DA GUERRA AO REFÚGIO NO BRASIL: ACOLHIMENTO E SAÚDE DAS MULHERES SÍRIAS.....	31
3.1	A guerra na síria.....	31
3.2	Do refúgio ao acolhimento.....	35
4	A CULTURA E O CUIDADO EM SAÚDE.....	38
4.1	Aproximações dos conceitos de cultura.....	38
4.2	A transculturalidade.....	39
4.3	O cuidado cultural na atenção à gestação, parto e nascimento.....	41
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
5.1	Aspectos éticos.....	45
5.2	População do estudo.....	45
5.3	Procedimentos para coleta de dados.....	45
5.4	Procedimentos para a análise dos dados.....	46
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	49
6.1	Aproximações do campo: instituições que atendem mulheres sírias.	49
6.2	Entrevistas.....	51
6.3	Trajetória das mulheres imigrantes sírias.....	53
6.3.1	<i>Damasco</i>	54
6.3.2	<i>Alepo</i>	54
6.3.3	<i>Safita</i>	55
6.3.4	<i>Latáquia</i>	56
6.3.5	<i>Al Hasakh</i>	56
6.3.6	<i>Tartus</i>	57
6.3.7	<i>Homs</i>	57
6.3.8	<i>Kameshli</i>	58

6.3.9	<i>Hamah.....</i>	59
6.4	As vozes das mulheres sírias.....	59
6.4.1	<i>Al Riaya: O cuidado centrado na valorização da gestação.....</i>	59
6.4.2	<i>Al Wujud: A presença da família no pós-parto.....</i>	64
6.4.3	<i>Al Quima: O valor na proteção da família no pós-parto.....</i>	69
6.4.4	<i>Al Muthif: O acolhimento na assistência obstétrica no Brasil.....</i>	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	94
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA - ASPECTOS CULTURAIS DA GESTAÇÃO, PARTO E NASCIMENTO.....	95
	ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP.....	99
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	100

1 INTRODUÇÃO

Como no momento da descoberta da gestação, o tema de minha pesquisa começa com uma inquietação que causou em mim transformações na maneira de pensar a assistência, foi um processo de indagações profundas, em que senti meu coração batendo mais forte por este tema.

Meu primeiro contato com uma mulher imigrante foi como estagiária do Curso de Obstetrícia, quando no primeiro parto que acompanhei tive o privilégio de assistir uma parturiente angolana. O trabalho de parto deu-se sob um clima de desprezo da equipe por se tratar de uma mulher imigrante, negra e que tinha um pouco de dificuldade para se comunicar. Vi então uma rica oportunidade de aprender muitas coisas com aquela circunstância: em primeiro lugar sua origem não seria um impedimento para acolhê-la e sim um desafio para interpretar seus gestos e olhares, posições e atitudes diante de um parto em andamento; em segundo lugar, sabia que como parteira teria em minhas mãos a missão de acolhê-la e assisti-la em seu trabalho de parto, colocando em prática não só as técnicas obstétricas, mas o conhecimento e habilidades aprendidos nas disciplinas de Ciências Humanas na graduação, voltando as minhas atitudes para um olhar holístico e cultural.

Naquele dia fui a estagiária responsável por ela, que não permitia que nenhum outro profissional a tocasse. Em todas as contrações ela agachava em posição de cócoras, no corredor, do lado da cama, o que resultava em muitos olhares de reprovação. Eu também agachava com ela em suas contrações ou me colocava na sua frente como que para protegê-la dos olhares reprovadores durante todo o trabalho de parto.

Quando o bebê dela nasceu, com todas as evidências científicas na ponta da língua o coloquei em seu colo, antes de qualquer profissional tocá-lo, antes de cortar o cordão umbilical ou de qualquer outro procedimento, mas, para minha surpresa e espanto ela não o tocou de forma nenhuma e seu marido permaneceu no outro canto da sala sem se aproximar dela. Confesso que voltei para casa desapontada e me questionando: o que fiz de errado? Segui todos os protocolos que aprendi na graduação, para mim aquilo que fiz era um parto humanizado e respeitoso e então, porque que ela não quis segurar seu bebê? E porque aquele marido não chegou perto dela?

A partir dessa e muitas outras experiências com mulheres imigrantes, vi que estava diante de um possível tema de pesquisa e que era importante pesquisar os aspectos culturais da gestação, parto e nascimento. Assim, no turbilhão de questionamentos dolorosos, comecei a me questionar a respeito das práticas de assistência ao parto dito humanizado, e passei a refletir sobre a minha assistência...O que é humanizado? Para quem são dirigidas as práticas humanizadas? Será que a assistência humanizada que aprendi é adequada para assistir qualquer mulher e principalmente aquela que tem uma cultura diferente da minha?

Assim nasceu meu tema inicial da pesquisa “A assistência ao parto culturalmente adequado”. Para conseguir realizar a pesquisa no curto período da dissertação, o desafio seguinte foi escolher diante de culturas tão diferentes presentes em nosso país e focar o estudo nos aspectos culturais de mulheres imigrantes de uma única nacionalidade. Voltei-me então para o estudo das mulheres imigrantes sírias, que em período recente chegaram ao Brasil na condição de refugiadas e sobre as quais há pouca informação na literatura.

Como uma das consequências da guerra que devasta a Síria há alguns anos, há o grande número de pessoas buscando refúgio em diversos países, dentre eles o Brasil. Entre o contingente de refugiados, há mulheres, sendo algumas grávidas, que chegam ao Brasil em adiantado estado gestacional e com pouco tempo no país para viverem a experiência do parto, num lugar onde não conhecem a língua e nem as práticas assistenciais.

Os deslocamentos de grandes contingentes da população síria é um fenômeno que se soma aos movimentos migratórios na atualidade e tem sido crescente, se colocando como uma questão relevante para a agenda global, exigindo resposta dos governos e com importante destaque na mídia. Relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) informa que em quase 20 anos, o fluxo de imigrantes internacionais cresceu 49% comparando-se o período compreendido desde 2000 e estima-se que existam cerca de 258 milhões de pessoas nesta condição (CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019). Em relação a este fenômeno, muitos são os estudos que buscam compreender os movimentos populacionais, a distribuição entre regiões e os impactos para os imigrantes e para os países que os acolhem (DIAS et. al., 2009).

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), a imigração teve um crescimento de mais de 80% no decênio 2000-2010, como ingresso de 268,4 mil novos residentes em 2010, dentre eles, 24,3% são brasileiros considerados imigrantes internacionais de retorno que após um período fora voltaram a residir por aqui. Em décadas recentes o país passou a ocupar um importante lugar na rota da imigração internacional na região do cone sul, onde os bolivianos foram o grupo de maior destaque na última década, aumentando, por exemplo, em quatro vezes o número de imigrantes que se fixaram no município de São Paulo (SILVA, 2012).

Nos últimos dez anos no Brasil, o número de imigrantes aumentou 160%, segundo a Polícia Federal (2016). Destacando ainda o crescimento de imigrantes bolivianos, mas, cabe ressaltar também que em 2015, quase 120 mil imigrantes de outras nacionalidades deram entrada no país, somando-se a estes, mais de 39 mil haitianos. Conforme dados da Polícia Federal e do Sistema Nacional de Cadastro e registros de Estrangeiros (SINCARE), em 2016 o número de imigrantes residentes no Brasil era de 1.211.129 (VACOTTI, 2017).

Quanto ao refúgio no Brasil, segundo publicou o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), órgão ligado ao Ministério da Justiça, até o final de 2017 houve o reconhecimento de 10.145 refugiados, destes apenas 5.134 permanecem em território nacional como refugiados, residindo em São Paulo 52%, no Rio de Janeiro 17% e no Paraná 8%. Totalizando neste contingente em torno de 70% de homens e 30% de mulheres. Outros dados comparativos do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) informam que os refugiados no Brasil são compostos de 82 nacionalidades, destes, 326 são da Síria, 189 da República Democrática do Congo, 98 do Paquistão, 57 da Palestina e 26 são de Angola, destes refugiados, 34% são mulheres (BRASIL, 2018).

Há também o aumento do fluxo de refugiados sírios no Brasil, reflexo do que é considerada a pior crise humanitária em 70 anos, que provocou quase 5 milhões de saídas de nativos devido às dificuldades específicas vividas em zonas de conflito (BRASIL, 2018).

No que diz respeito às mulheres imigrantes, embora a migração tenha sido frequentemente abordada na literatura como um fenômeno masculino e a migração de mulheres considerada como subordinada aos deslocamentos dos homens - seus

maridos ou pais (RODRIGUÊS et. al., 2009) -, observa-se em anos recentes o aumento significativo do número de mulheres migrantes, como indica o relatório *Passage to hope – Women and International Migration* (UNITED NATIONS POPULATION FOUND, 2006). Estudos que abordam migração e gênero consideram que migrar leva a diferentes repercussões na vida de homens e mulheres. A migração de mulheres representa maiores riscos, dentre eles pode-se destacar: questões de gênero associados a fatores como o tipo de migração, as políticas e atitudes destes países em relação à equidade e igualdade de oportunidades, contato mantido com o país de origem e a possibilidade de retorno e reintegração. Estes fatores são determinantes para o impacto da migração nas populações (JOLLY et. al., 2005).

Quanto à saúde, muitas mulheres imigrantes têm os piores indicadores de saúde quando comparado às mulheres nativas; em relação aos homens imigrantes, as mulheres apresentam maiores riscos e maiores vulnerabilidades¹ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). De acordo com Fundo de População das Nações Unidas (UNITED NATIONS POPULATION FOUND, 2006), foi relacionado às mulheres imigrantes o aumento da taxa de incidência de Infecções sexualmente transmitidas (IST), aumento da taxa de prevalência de violência contra a mulher e piores indicadores de saúde, principalmente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva. No Brasil, as mulheres imigrantes que buscam os serviços de saúde o fazem principalmente em busca de assistência obstétrica (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

A carência de estudos que abordam a assistência à saúde de imigrantes sírias nos levou a desenvolver o presente estudo com o objetivo de compreender aspectos culturais da gestação, parto e nascimento na perspectiva das mulheres sírias, não necessariamente refugiadas, a fim de discutir elementos que possam contribuir para uma assistência culturalmente sensível.

A revisão da literatura foi organizada em capítulos. No segundo capítulo, denominado - Deslocamentos transnacionais: imigração e refúgio no Brasil - abordamos o tema migração e vários dos fatores que influenciaram e influenciam a imigração transnacional, levando em conta o contexto histórico a partir do século XX. Neste capítulo abordamos também a imigração no Brasil - a partir da segunda

¹ O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (BERTOLOZZI, 2009).

metade do século XX e inserimos um panorama da situação de saúde da mulher imigrante.

No terceiro capítulo, denominado - Da guerra ao refugio no Brasil: acolhimento e saúde das mulheres sírias - apresentamos uma perspectiva geopolítica que possibilita a compreensão dos fatores históricos, econômicos e religiosos que levaram a eclodir a guerra na Síria. A fuga do cenário da guerra oferece elementos explicativos da saída de um grande número de pessoas do país, embora a literatura acadêmica sobre o tema não seja farta. Em seguida apresentamos a trajetória e o acolhimento dos refugiados e refugiadas sírias no Brasil e a busca da atenção obstétrica.

No quarto capítulo - A cultura e o cuidado em saúde - realizamos aproximações das definições de cultura, seus sentidos, significados e simbolismos. Apresentamos uma breve revisão que enfoca como o processo de parto e nascimento é vivenciado e as diferenças étnicas e culturais. Abordamos importância da adoção do cuidado transcultural, mesmo em cenários hegemonicamente biomédicos.

Nos capítulos seguintes apresentamos os - Percursos metodológicos - contendo os aspectos da população do estudo, os procedimentos para a coleta a partir de uma abordagem qualitativa com uso de roteiro semiestruturado, onde foram entrevistadas nove mulheres imigrantes sírias. As entrevistas foram transcritas, o processo de análise foi categorizado a partir do uso de mapas dialógicos e dividido em quatro categorias temáticas.

No capítulo - Resultados e Discussão - relatamos o processo de aproximação do campo, a identificação das instituições que atendem mulheres imigrantes sírias, as trajetórias de vida das mulheres até a vinda ao Brasil, juntamente com seu perfil obstétrico. Finalizamos com a exposição das categorias temáticas organizadas a partir das entrevistas: O cuidado centrado na valorização da família na gestação; A presença da família no parto; O valor na proteção da família no pós-parto e O acolhimento na assistência obstétrica no Brasil.

Por fim, em nossas Considerações Finais vimos que ao conhecer os aspectos culturais da gestação, parto e nascimento na perspectiva das imigrantes sírias entrevistadas, foi possível ver que a cultura é fortemente enraizada nos valores familiares e religiosos e entender que se busca conciliar as práticas pautadas nas tradições e as práticas do modelo biomédico. O estudo permitiu

ênfatizar a importância de se considerar os elementos culturais na assistência à saúde, principalmente a obstétrica para um cuidado culturalmente sensível.

2 DESLOCAMENTOS TRANSNACIONAIS: MIGRAÇÕES E REFÚGIO NO BRASIL

2.1 Migrações transnacionais

A imigração é um movimento que existe desde os primórdios da civilização humana, desde o homem primitivo a humanidade é considerada nômade. Assim como em nossos dias, a procura de novos locais em busca da sobrevivência é um fenômeno registrado desde a pré-história, bem como em outros períodos, como nos grandes impérios nas quais vários povos se deslocavam de seus locais de origem para fugir ou para seguir à procura de uma vida melhor (QUEIROZ, 2012).

Tendo em vista a grande diversidade de terminologias utilizadas nas definições migratórias, adotamos como parâmetro a definição da Organização Internacional para as Migrações², que define como imigração, “Processo através do qual os estrangeiros se deslocam para um país, a fim de aí se estabelecerem” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2009 p. 33), e migração como:

Processo de atravessamento de uma fronteira internacional ou de um Estado, também é um movimento populacional que compreende qualquer deslocamento de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas, incluindo as migrações de refugiados, pessoas deslocadas, pessoas desenraizadas e migrantes econômicos (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2009, p. 42).

Tanto para imigração como migração, os conceitos se referem aos deslocamentos territoriais. Em relação à pessoa, imigrante é definido como: “Aquele que é legalmente admitido sendo-lhe permitido fixar-se no país de acolhimento” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2009, p. 28). O atendimento ou não das exigências legais para a permanência no país, dará a condição de migrante documentado ou indocumentado.

Entre os migrantes internacionais, existem os que se encontram na condição de refugiados, que tem proteção da Organização das Nações Unidas (ONU) e da

² O Glossário sobre Migrações foi uma iniciativa recente da OIM (Organização internacional para as Migrações) de reforçar e aumentar o seu envolvimento na área do direito internacional da migração. Foi decidido produzir este glossário e consolidar num único texto a terminologia usada na área da migração a fim de facilitar uma referência confiável para os profissionais, funcionários do governo da área da migração, estudantes, entre outros (OIM, 2009).

ACNUR³ e contam com legislação internacional específica, que tem como marco regulador o Estatuto dos Refugiados de 1951⁴ (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2009).

Os fenômenos migratórios são historicamente situados, sendo vários os fatores que influenciaram e influenciam sua ocorrência, como catástrofes naturais, guerras, conflitos étnicos e fatores econômicos. No século XX houve a retomada das migrações no pós Segunda Guerra, repletas de questões mais amplas ligadas a conflitos e processos de exclusão e intolerância produzidos durante o conflito mundial na Europa e das necessidades de se livrar das tensões sociais naquele continente. A imigração de deslocados e refugiados de guerra apontava para a inserção dos movimentos migratórios na nova configuração econômica, que marcaria as relações internacionais no pós-guerra, da qual fizeram parte os investimentos em regiões periféricas do globo e instalação de companhias multinacionais, também imersas em um contexto geopolítico e de relações internacionais. O período foi marcado pela hegemonia dos Estados Unidos e da União Soviética com interdependência político-econômica entre os Estados divididos em dois blocos, definindo um período de intensa tensão durante a guerra fria (PAIVA, 2008).

Com o fim da guerra fria e a intensificação da mobilidade humana, após 1989 o tema das migrações internacionais foi posto entre os principais temas da agenda política da maioria dos países do mundo, as desigualdades sociais acirradas pela globalização neoliberal tenderam para substituição do muro de Berlim pelo “muro” norte versus sul empobrecido, como exemplo, EUA e México. A maioria dos migrantes internacionais reside nos países economicamente mais ricos, demonstrando que as migrações internacionais neste período foram interpretadas como caminhos de busca da inclusão biológica (sobrevivência) e social (cidadania)

³ O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, com a sigla ACNUR em português e UNHCR em inglês, é um órgão das Nações Unidas. Criado pela Resolução n.º 428 da Assembleia das Nações Unidas, em 14 de dezembro de 1950, tem como missão dar apoio e proteção a refugiados de todo o mundo. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, s/d).

⁴ A Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados foi formalmente adotada em 28 de julho de 1951 para resolver a situação dos refugiados na Europa após a Segunda Guerra Mundial. Esse tratado global define quem vem a ser um refugiado e esclarece os direitos e deveres entre os refugiados e os países que os acolhem (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, s/d).

por parte de populações excluídas da realização das promessas da modernidade (MARINUCCI, 2005).

No clima de conquistas e deslocamentos, o século XX foi também importante para o surgimento das entidades internacionais que se colocaram em defesa dos imigrantes e refugiados, como a ONU⁵, que em 1990 por meio da Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e seus Familiares, resultado de 10 anos de trabalho de redação e negociação (GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO, 2013).

Outros fatores importantes dos deslocamentos correspondem à crise econômica e financeira entre 2007 a 2011 que provocou a saída de pessoas da Grécia e da Espanha para outros países europeus, traçando um novo perfil de imigrantes no mundo que em relatório de 2013 correspondia a 232 milhões de migrantes internacionais (3,2% da população), com 59% deles vivendo em regiões desenvolvidas (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2013).

O recente perfil de deslocamento migratório está relacionado às guerras civis, principalmente em países do oriente médio e norte da África. Em 2000 havia em todo o mundo cerca de 15,7 milhões de refugiados, com isso o número dos refugiados acolhidos por países em desenvolvimento aumentou em dez anos para mais de 87% em 2012 (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2013).

Embora tenha sido registrado o aumento do número de refugiados na última década, a busca de refúgio no mundo não se configura como um fenômeno recente, pois os refugiados passaram a ter um status institucional a partir do século XX de uma forma mais abrangente e internacionalmente reconhecida segundo AYDOS⁶ et.

⁵A ONU – Organização das Nações Unidas surgiu no fim da Segunda Guerra Mundial para substituir a Liga das Nações, que foi criada em 1919 depois da Primeira Grande Guerra. O nome Nações Unidas foi concebido por Franklin Delano Roosevelt, presidente dos Estados Unidos, na época da elaboração da Declaração das Nações Unidas em primeiro de janeiro de 1942, durante a segunda Guerra Mundial. A primeira carta da organização foi assinada por 50 países, em 26 de junho de 1945, durante a Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional. Mas, oficialmente, a Organização das Nações Unidas passou a existir a partir de 24 de outubro de 1945, quando a carta foi ratificada pela China, Estados Unidos, França, Reino Unido, União Soviética e pela maioria dos países membros-fundadores. Nesta data comemora-se o Dia das Nações Unidas, fundada por 51 países, entre eles o Brasil, a ONU, hoje, conta com mais de 180 países membros. Apesar do prédio das Nações Unidas está em Nova York, a ONU é território internacional (NAÇÕES UNIDAS).

⁶ AYDOS, M., BAENINGER R., DOMINGUEZ, A. J. Condições de vida da população Refugiada no Brasil: Trajetórias migratórias e arranjos familiares. In: III Congresso da Associação Latino Americana de População. Córdoba, Argentina. 2008.

al., 2008. De acordo com a ACNUR, as pessoas refugiadas são aquelas que escaparam de conflitos armados ou perseguições, estão em condições reguladas por marcadores legais internacionais, o que as diferencia dos demais imigrantes internacionais que são regulados juridicamente por leis específicas dos diversos países (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS, 2015).

Um dos últimos e importante cenário de deslocamento internacional se refere ao conflito na Síria, que deu origem a cerca de 1,5 milhões de refugiados registrados em julho de 2013 segundo estudo da ONU, indicando que “a presença contínua de uma longa situação de refúgio é um lembrete de que a travessia das fronteiras internacionais não é opcional, mas sim a única alternativa viável para milhões de pessoas”. Em setembro de 2017, o ACNUR solicitou com urgência 40.000 vagas de reassentamentos para refugiados em 15 países prioritários de refúgio e trânsito ao longo da rota do Mediterrâneo Central, estimando que cerca de 277.000 refugiados nestes países que precisariam ser reassentados (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2013; 2017).

2. 2 Imigração no Brasil

Embora a presença dos imigrantes internacionais tenha feito parte história do Brasil desde a chegada dos portugueses nessas terras (DALMA'S; n/d; BUENO, 2011), neste texto vamos abordar as migrações ocorridas na segunda metade do século XX.

Na década de 50 do século passado, o país recebeu trabalhadores estrangeiros por conta do interesse do Estado brasileiro em imigrantes europeus que tivessem um maior grau de instrução e conhecimentos técnicos específicos, porque o país estava se transformando em uma nação urbana e industrializada (FREITAS, 2001). Apesar do incentivo à imigração européia para fim de crescimento industrial, outros discursos médicos e sanitários estavam em jogo como o uso de alguns critérios de seleção para novos imigrantes (baseados na ciência moderna), que incluíam aqueles com ausência de problemas políticos e criminais, aqueles sem quaisquer desvios de condutas e em perfeita saúde mental. Critérios que no pós segunda guerra mundial, também foram aplicados aos refugiados e deslocados de guerra (BUENO, 2011; PERES, 2003).

Neste período, o Brasil voltou a receber imigrantes já conhecidos, como os japoneses, italianos e espanhóis e novos como os asiáticos coreanos, que fugiram da guerra na Coreia ou por questões decorrentes de mudanças políticas, quando o país estava unificado (CHOI, 1996).

Ainda na década de 50, outros grupos de imigrantes surgiram no país, dentre eles os nascidos em países vizinhos latino-americanos que incluíam principalmente os bolivianos, peruanos e paraguaios, muitos com menor escolaridade e menor formação técnica, que se instalaram nas grandes capitais brasileiras, vindos em busca de trabalho e melhores condições de vida. Desde aquela época, até a atualidade, muitos imigrantes latino-americanos e asiáticos ocupam-se de trabalhos que não exigem maior qualificação profissional como oficinas de costura e comércio (BUENO, 2011).

Os chineses iniciaram a imigração para o Brasil por volta de década de 50 e 60 e voltaram a restabelecer o fluxo migratório nos anos 70, por questões de repressão do governo comunista e de um acordo diplomático entre as duas nações se estabilizando no comércio de eletrônicos na região central de São Paulo. Com o golpe militar em 1964 e o período de ditadura que se seguiu, houve pouco incentivo migratório no país, crescendo apenas migrações internas da região nordeste para o sudeste em favor das oportunidades de emprego e melhor qualidade de vida (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Também motivados por melhores oportunidades financeiras e qualidade de vida, houve na década de 80 um grande fluxo de imigrantes bolivianos, fugindo da crise econômica de seu país, se alocando na região do bairro do Bom Retiro, retornando seu fluxo migratório para o Brasil com o mesmo perfil cultural da década de 50, trabalhando em oficinas de costura e em péssimas condições de trabalho e moradia, muitos deles indocumentados (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Os imigrantes oriundos de povos do continente africano, que começaram sua história no Brasil há séculos, com a migração forçada pela escravidão, atualmente voltam a se deslocar, agora com objetivos comerciais e acadêmicos, principalmente nigerianos e angolanos, com o objetivo de ter uma vida melhor, muitos motivados pela fuga da guerra civil e pobreza. Além dos africanos, atualmente a população de imigrantes no Brasil também é originária de países asiáticos, especialmente China e Coreia do Sul, e também de países da América Latina e do Caribe (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Além dos fatores que influenciam a imigração como a insegurança material e física, intolerância, exclusão econômica e política, podem-se somar a estes as catástrofes naturais, conflitos e guerras, como é o caso dos haitianos que migraram para o Brasil devido ao terremoto que devastou o país em 2010. Segundo o Atlas Temático – Observatório das Migrações em São Paulo (BAENINGER, FERNANDES; 2018), o número de solicitações de refúgio no Brasil entre 2010-2016 de haitianos foi de 49.881, hoje com a maior concentração de residentes no Município de São Paulo, totalizando 8.960 haitianos que possuem o RNE (Registro Nacional de Estrangeiro).

O Brasil recebeu um grande contingente de refugiados e refugiadas sírios nos últimos anos, onde em 2014 tinham mais de 8.302 pedidos de refúgio, representando um crescimento de 930% (LACERDA, 2015), Em 2014, segundo PUCCI (2017), os sírios representavam um dos maiores grupos de refugiados no país, levando a crer que o Brasil é um dos importantes países adotados para o acolhimento desses refugiados. A discussão sobre a situação da síria e o refúgio dos sírios no Brasil, será discutida no capítulo 3.

Além dos sírios, os venezuelanos estão vindo ao Brasil em busca de refúgio devido à enorme crise financeira atual, com o crescimento de pedidos de refúgio, em 2017 foram registrados 17.856 pedidos (KANAS, 2018), com concentração de mais de 40 mil venezuelanos no estado de Roraima (MENDONÇA, 2018).

Portanto atualmente o Brasil tem sido uma das nações escolhidas para refúgio em situações de desastres naturais, guerra e crises financeiras, ainda que com pouca expressão numérica, quando comparado a outros países. A população imigrante, até recentemente, foi regulada pelo Estatuto do Estrangeiro, criado no período militar, marcadamente voltado para a segurança nacional e claramente restritivo quanto à organização e participação política (BRASIL, 1980). A inadequação do Estatuto e a necessidade de mudança da legislação mobilizaram grupos organizados e atores sociais que atuam na defesa dos direitos da população imigrante e teve como resultado a recente aprovação da nova Lei de Migração de 2017 (BRASIL, 2017).

São muitas as demandas da população imigrante, como habitação, educação, saúde, garantia dos direitos trabalhistas, regularização da documentação, bem como superação das dificuldades de comunicação, combate à xenofobia, entre outras que, se não atendidas podem elevar o grau de dificuldade na sua

incorporação social e repercutir negativamente em outros aspectos da vida, como na saúde (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

As recentes conquistas como a Lei da Migração (BRASIL, 2017), e a Política Municipal para a População Imigrante, Lei 16. 478 em 2016, do município de São Paulo (São Paulo, 2015) indicam um horizonte favorável para os imigrantes e refugiados, pois fornecem bases legais para mudanças consideradas mais inclusivas e humanitárias. Marinucci (2005, p.15) considera que “as repercussões sociais da presença de pessoas de diferentes origens e culturas contribuem para a construção de contextos sociais cada vez mais multiétnicos, multiculturais e multirreligiosos”. Para a autora, a interculturalidade é potencialmente enriquecedora para a sociedade e destaca a importância da promoção das condições necessárias para efetiva incorporação dos imigrantes.

2.3 Atenção à saúde das mulheres imigrantes

No Brasil, há uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004, que apesar de reconhecer elementos da diversidade das mulheres na população e apresentar preocupação com as especificidades culturais voltadas para mulheres indígenas e quilombolas, não faz referência às mulheres imigrantes, se comparado aos avanços da Lei da Migração (BRASIL, 2017), precisando ser repensadas e atualizadas neste sentido (BRASIL, 2011). O Sistema Único de Saúde tem como princípio a universalidade, garantida constitucionalmente, o que garante o acesso à saúde para as mulheres imigrantes, o que não significa um cuidado adequado a esta população.

A assistência ao parto é tema sensível no país, expresso em propostas e reivindicações do movimento de humanização do parto, como por exemplo, na construção da ReHuNa - Rede de Humanização do parto e Nascimento (ReHuNa,1993). As reivindicações resultaram em diretrizes do Ministério da Saúde (MS), como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002) e a Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011) que buscam a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e pós-parto às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos reprodutivos e cidadania. Esses programas surgiram em resposta aos

movimentos sociais a favor do parto humanizado e do empoderamento da mulher, que contaram com o ativismo de atores sociais, como profissionais de saúde, gestoras e gestores, mulheres organizadas em Organizações não Governamentais (ONGs) e movimentos feministas. Entretanto, assim como as nacionais, as mulheres imigrantes são atendidas em serviços de saúde, públicos e privados que em sua maioria mantêm práticas obstétricas contrárias ao preconizado pelo MS.

Castro (2018) aponta que a ausência de diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção às mulheres imigrantes, pode ser entendida como uma perspectiva de que todas as mulheres são nacionais, uma vez que, por exemplo, não se podia indicar a nacionalidade da mãe na Declaração de Nascido Vivo (DNV) - responsável por alimentar o sistema sobre Nascidos Vivos (SINASC) no Brasil. A mudança, informa Castro (2018), se deu em 2011 com a nova DNV que passou a incluir no campo 20, a nacionalidade da mãe, o que permitiu dar visibilidade aos partos das mulheres imigrantes.

Profissionais de saúde que recebem mulheres imigrantes se sentem muitas vezes confrontados e desafiados na questão da assistência pré-natal e parto, e muitos estudos tem indicado que estes desafios assistenciais estão diretamente associados a uma maior frequência de fatores de risco como, infecção perinatal, maior mortalidade perinatal e infantil, maior mortalidade materna, maior número de partos prematuros e menor peso ao nascer (BRAGG, 2008).

Outros estudos apontam que as mulheres migrantes indocumentadas iniciam o pré-natal mais tardiamente do que as migrantes documentadas (WOLFF et. al., 2008). Isso pode ser um indicativo de que as mulheres recém chegadas ao país de acolhimento têm pouco conhecimento sobre os serviços de saúde disponíveis naquele país, de uma forma geral, sobre tudo aqueles relacionados à saúde materna (JANSSENS et. al., 2005).

Para garantir a assistência de qualidade é importante levar em consideração não só o acesso aos serviços de saúde, mas transpor as barreiras lingüísticas e do desconhecimento cultural, conhecer suas crenças e hábitos étnicos, mitos, tabus e práticas que envolvem os comportamentos sexuais. A não compreensão da necessidade da adoção da perspectiva transcultural na assistência leva a dificuldades de abordagem das questões de saúde reprodutiva junto a estas populações imigrantes (SORMATI et. al., 2001). Apesar de um número elevado de autores recomendarem que as intervenções devam se adequar às necessidades

específicas das populações, o que tem acontecido na assistência é o predomínio da perspectiva do profissional de saúde, e o pouco conhecimento acerca da perspectivados imigrantes (HOPPE et.al., 2004; ZWANE et. al., 2004).

Além da falta de adequação profissional à população imigrante, outra barreira relacionada à assistência está associada à comunicação, pela indisponibilidade de serviços de tradução e falta de sensibilidade de muitos profissionais de saúde quanto às diferenças culturais, deixando mais uma vez a mulher imigrante em uma situação de vulnerabilidade (BULMAN et. al., 2002; KURAMOTO, 2016).

A falta de diretrizes da esfera federal juntamente com as demandas da população imigrante, levaram os profissionais a buscarem recursos para usarem no seu cotidiano, segundo o que aponta TONINI (2018) há vários recursos disponibilizados no site da Prefeitura de São Paulo que podem ser utilizados pelos profissionais de saúde, para facilitar a comunicação e o atendimento a esta população, como por exemplo, a utilização de cartazes de orientação sobre vacinação e pré-natal em outros idiomas, assim como mobilizações na esfera Municipal para discutir políticas de saúde à população de imigrantes e refugiados.

Ainda sobre iniciativas, Martin et. al. (2018) aponta para ações de saúde incluídas no SUS, no Município de São Paulo, através de mobilizações para contratação de agentes comunitários de saúde de vários grupos imigrantes oriundos da Bolívia, África do Sul, Congo, Cuba, Espanha, Nigéria, Portugal e Serra Leoa, que se reflete em uma melhor assistência devido ao conhecimento da língua e da cultura.

Kuramoto (2016), em sua pesquisa sobre os profissionais que assistem ao parto de mulheres imigrantes, conclui que eles devem ultrapassar as barreiras culturais e lingüísticas, através do conhecimento da cultura que se adquire devido à frequência no atendimento, além disso, também podem fazer uso de materiais didáticos como folders, quadros informativos nos principais idiomas, como uma forma de entender e viabilizar o cuidado cultural. Tonini (2018), afirma a respeito da perspectiva dos profissionais ao atendimento da população síria na assistência básica que, o idioma, os hábitos culturais - principalmente se forem muçulmanos - e suas relações com os estigmas relacionados à guerra e refúgio, são um impeditivo para alguns profissionais. Sugere que o emprego de tecnologia como um método de

atendimento, podendo ser um facilitador para uma melhor integração de ambas as partes.

Assim como no Brasil, estudos realizados em outros países indicam dificuldades na atenção à saúde e/ou propõe alternativas para atenção à população imigrante. Na França, por exemplo, criaram como resposta às situações vivenciadas em serviços de saúde, a chamada Psicoterapia Transcultural da Migração, através de consultas realizadas em grupo por profissionais de saúde com iniciação em antropologia, lingüística e história. (MORO, 2015). Num estudo qualitativo realizado na Suécia, se comparou a opinião de parteiras sobre os fatores que contribuem para as desigualdades na assistência à saúde entre as imigrantes. Nos resultados, assumiram que as mulheres imigrantes não receberam o mesmo tratamento e cuidados como as mulheres nativas suecas. Também apontaram como fatores importantes o desconhecimento cultural e lingüístico, o não preparo profissional para um cuidado de saúde transcultural. O estudo trouxe como um recurso importante para a prestação de cuidados de saúde culturalmente sensíveis, a ideia de serviços étnicos de saúde e a importância da formação contínua em diversidade cultural. (AKHAVAN, 2012).

Estudo feito em Londres com refugiadas Somalis sobre o cuidado ao parto em uma maternidade, evidenciou dificuldades no acesso dessas mulheres aos serviços de maternidade devido à inadequada prestação de serviços de interpretação, estereotipagem e racismo dos profissionais do serviço de saúde, juntamente com a falta de entendimento sobre as diferenças culturais (BULMAN, et. al., 2002). Estudo com mulheres imigrantes chinesas em Brisbane na Austrália demonstrou que as mulheres tiveram implicações negativas relacionadas ao período de pós-natal devido a fatores relacionados ao idioma e a falta dos cuidados familiares neste período, também pela prestação de serviços comprometidos com a melhoria da parceria multissetorial, a comunicação transcultural e ao desenvolvimento de um modelo de serviço de cuidados pós-natal (CHU, 2005).

3 DA GUERRA AO REFÚGIO NO BRASIL: ACOLHIMENTO E SAÚDE DAS MULHERES SÍRIAS

3.1 A guerra na Síria

A República Árabe da Síria está localizada no oriente Médio (Figura 1), mais precisamente no sudoeste da Ásia, faz fronteira com o Líbano, Turquia, Iraque, Jordânia e Israel. Sua capital é Damasco e é reconhecida como a mais antiga cidade do mundo. Sob o antigo domínio Francês, a Síria conquistou sua independência em 1945.

Figura 1 - Mapa de localização da Síria, 2018.

Fonte: (REENCONTROS, 2012).

O pós independência da Síria foi marcado por golpes militares. Em 1970 Hafez Al-Assad tornou-se o presidente da Síria e assim se manteve até 2000, período em que implantou um sistema de governo considerado por muitos como amplamente autoritário. O sucessor foi seu filho Bashar Al-Assad, que se encontra no governo desde 2000 (BRÖNING, 2011).

Segundo o *International Religious Freedom Report: Syria 2006* (U.S. DEPARTMENT OF STATE, 2006), o país tem duas religiões dominantes, a primeira com aproximadamente 60%, se refere aos árabes/muçulmanos que se dividem entre sunitas e xiitas e 10% são cristãos, em sua maioria, católicos ortodoxos.

A atual guerra na Síria teve início há oito anos e as notícias divulgadas pela mídia mostram atrocidades cometidas pelas forças envolvidas no conflito, gerando perplexidade nos que de fora assistem tais imagens que mostram o impacto na vida das pessoas imersas no conflito, considerado sangrento, destruidor e que provocou inúmeras mortes (AGÊNCIA EFE, 2018). Há mobilizações mundiais para que se negocie um cessar fogo e apelos de órgãos internacionais como a ONU, reforçados por apelos religiosos como o da figura papal, que tem expressado suas mais profundas indignações diante do que é considerada uma das maiores atrocidades humanitárias dos últimos tempos (ECCLESIA, 2018).

Apesar da dificuldade de um consenso e levando em consideração as versões midiáticas ocidentais *versus* as versões orientais sobre o assunto, inúmeros fatores foram considerados propulsores para a atual situação de guerra civil no país, levando a crer que um importante fator foi a repercussão da chamada Primavera Árabe, fenômeno que derrubou os longos regimes vigentes em países árabes como a Líbia, Turquia e Egito (HAJJAR, 2016). Dentre os fatores estruturais que justificam tais revoltas estão:

[...] a origem colonial e os pactos firmados após o fim do império Otomano, que resultaram na divisão geográfica e étnico-religiosa, no oriente Médio; os ideais nacionalista árabes dos anos de 1950, como resultados históricos de imbricações culturais e políticas desde o século XIX; o pós guerra e a guerra fria, bem como ameaças externas, desde as independências e a constituição dos estados frágeis sob os governos centralizados, de modelos econômicos rentistas e sua gradativa abertura para a economia global, a partir da década de 90. Tais fatores estão na base da compreensão das “Primaveras” como um todo, e nas revoltas sírias em particular (HAJJAR, 2016, p. 44).

No regime de Bashar Al-Assad, sob o mesmo traço autoritário do pai, o governante seguiu fazendo alianças com a irmandade muçulmana, assim permitindo a continuidade de ações políticas no território sírio. Tanto no regime do pai quanto no de Bashar, houve um crescimento controlado e um PIB *per capita* muito parecido com os países vizinhos mais pobres e em contraponto, um índice de alfabetização altíssimo, o que contrastava com a escassez de recursos que pairava o país. Também aconteceu um aumento vertiginoso de natalidade, causando um grave desequilíbrio na balança entre população e recursos oferecidos, onde a população dobrou de 5.3 milhões em 1963 para 10.6 milhões em 1986, chegando a 23 milhões

nas décadas seguintes, enquanto os recursos não tiveram um aumento significativo (CONSONI, 2017).

Ao cenário de alta densidade demográfica, com o povo que sofrendo com falta de emprego e cada vez mais pobre, somaram-se episódios climáticos como secas e tempestades de areia que se deram entre os anos de 2006 e 2011, o que impactou negativamente na produção agrícola e no conseqüente aumento dos preços dos alimentos e na falta de retorno em atender às necessidades da população por parte do governo. Não demorou muito para que pequenos protestos começassem a eclodir, porém Bashar respondeu novamente com medidas repressivas e opressoras, surgiram às chamadas “brigadas” e facções e o cenário da guerra civil foi sendo delineado (CONSONI, 2017).

Sobre o clima de tensão e com o surgimento de vários grupos e guerrilhas como “Exercito Livre Sírio” e outros grupos, muitos tentavam a deposição de Bashar. O exército sírio que se encontrava humilhado e frustrado pelas sucessivas derrotas contra os confrontos com Israel, respondeu agressivamente aos protestos internos acionando um efeito rebote, resultando em ainda mais protestos e motins que se espalhavam por toda a nação (TONINI, 2018).

O que se entende como fatores que deflagraram a guerra na Síria perpassa por motivações religiosas e políticas, que conforme exposto por Lacerda (2015) as lutas armadas foram se estabelecendo, e os grupos xiitas e sunitas, que eram inimigos desde 632 d.C., tiveram suas disputas e intrigas cada vez mais acirradas, e com a potencialidade de grupos jihadistas no país, a guerra na síria tomou dimensões que ultrapassam os muros do país, envolvendo países vizinhos e até mesmo as grandes potências ocidentais(LACERDA et. al.,2015).

Entre as muitas conseqüências da guerra civil na população, há o impacto na saúde, segundo Tonini (2018, p.14) a falta de estrutura no país devastado inclui os hospitais, falta de médicos, de medicamentos, más condições sanitárias, o que compromete a vida de milhares de crianças que morrerão por doenças evitáveis, que poderiam ser tratadas se o sistema de saúde não tivesse entrado em colapso, com 60% dos hospitais destruídos e queda acentuada na produção de medicamentos. Em Aleppo, uma das maiores cidades da Síria, restaram 36 médicos, sendo que o recomendado pela OMS é de pelo menos 2.500 (TONINI, 2018).

A assistência à saúde na Síria atualmente é uma incógnita, poucos trabalhos foram encontrados sobre a situação da saúde no país onde se pudesse conhecer a

assistência obstétrica. Em uma publicação em 2015 de um jornal inglês (HEISLER, BAKER, MCKAY, 2015) médicos sírios falaram do impacto devastador na vida das pessoas no leste de Aleppo, apenas um quarto dos 1,2 milhões de moradores da cidade permanecem, mais de dois terços dos hospitais pararam de funcionar e cerca de 95% dos médicos foram mortos ou fugiram. Disseram que os serviços de saúde são alvos e estão sendo usados como uma arma brutal de guerra. Embora quase todas as partes do conflito sírio estejam violando os direitos humanos, o cenário de saúde na Síria hoje é um campo obscuro.

Artigo publicado em 2005, antes da guerra, nos fornece um parâmetro da assistência ao parto oferecida na Síria. Trata-se de um estudo que, apesar da pouca extensão, compara a escolha do tipo de parto, o local e a escolha pelo profissional para a assistência ao parto intitulado *Syrian Women's Preferences for Birth Attendant and Birth Place*. Nele Bashour (2006) relata que a assistência à maternidade na Síria é caracterizada por um sistema não regulamentado de prestação de cuidados. O Ministério da Saúde oferecia assistência à maternidade em quase 1.465 centros em todo o país, embora este tipo de cuidado fosse mal utilizado devido à predominância de médicos particulares. Relatou que existiam 30 centros para partos normais que são filiados ao Ministério da Saúde.

O resultado da pesquisa com famílias sírias em 2001 mostrou que 71,9% das gestantes visitaram uma unidade de saúde pelo menos uma vez durante a gravidez e a média de consultas de pré-natal foi de 4,4. Os partos assistidos por profissionais qualificados foram de 87% e 29,9% destas mulheres receberam cuidados no pós-parto. O estudo relata que o setor privado era dominante, compreendendo mais de 80% de todos os cuidados pré-natais. A maioria das mulheres do estudo, tiveram parto normal em hospital e dessas 13,6% fizeram cesariana. Das 20,4% mulheres que deram à luz em suas casas, 91% foram assistidas por parteiras, os resultados também mostraram que as mulheres com pior situação econômica optaram pelo parto domiciliar supervisionado por uma parteira, as que tinham uma situação econômica melhor preferiram um hospital público ou privado. Em nível nacional, o parto domiciliar era mais prevalente no nordeste da Síria, e foi relatado por 48,8 % das mulheres que viviam em áreas rurais em comparação com 36,1% nas áreas urbanas.

3.2 Do refúgio ao acolhimento

Diante de um cenário catastrófico, a vinda dos refugiados Sírios ao Brasil foi facilitada pela alteração nas concessões de refúgio e por uma política diferente dos países europeus quanto aos refugiados. Essa diferença de tratamento tem origem em uma normativa lançada em 2013 pelo órgão responsável pelos refugiados no Brasil, o Comitê Nacional para os Refugiados (BRASIL, 2015), ligado ao Ministério da Justiça. A normativa facilitou a concessão de vistos especificamente para sírios, o que repercutiu nas embaixadas brasileiras em países próximos à Síria, elevando em quatro vezes os pedidos de vistos:

O país é considerado pelo ACNUR como um pioneiro na proteção internacional dos refugiados, sendo o primeiro país do Cone Sul a ratificar a Convenção, em 1960, e a integrar o comitê executivo da organização. Já na legislação interna, temos a Lei 9.747, de 1997, que reafirma as definições da Convenção e garante aos refugiados os mesmos direitos que qualquer outro estrangeiro no país. O Brasil também recebe muitos elogios pelo seu tratamento com os refugiados. A política de portas abertas para os sírios foi mencionada como “uma importante mensagem humanitária e de direitos humanos” por um representante do ACNUR (MORAES; BLUME, 2016).

Segundo Loureiro (2014), em seu estudo sobre a vinda dos refugiados sírios no Brasil, constatou-se que há uma preferência em se estabelecer no município de São Paulo, devido à consolidação de uma comunidade síria neste local, que acaba facilitando a adaptação e o convívio dos recém chegados no Brasil. Dados do Boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015), afirma que a região central do Município de São Paulo é o local de fixação e escolha de imigrantes e refugiados devido à proximidade de lugares/referência, contatos de trabalho e pela possibilidade de relações de vizinhança e de acesso a segurança.

Considerando a população feminina, mais precisamente as refugiadas, segundo dados da ACNUR, o Brasil é um dos poucos países na América do Sul que dispõe de um programa de reassentamento dirigido especificamente às mulheres refugiadas em situação de maior vulnerabilidade (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2017). Constata também que nos últimos três anos, cerca de 120 mulheres foram reconhecidas como refugiadas ou reassentadas devido à perseguição por motivos de gênero ou por situação de risco (MORAES et. al., 2016).

Tonini (2018), em seu estudo sobre a saúde da população síria, apontou que a procura do serviço de saúde relacionado à assistência básica em UBS (Unidade Básica de Saúde) é semelhantes a outras nacionalidades, e que a maior procura pelo serviço é de mulheres, especialmente grávidas, seguida de idosos e crianças. Também relata que as questões de gênero, que enfatizam o papel da mulher como cuidadora da família, dos filhos e de si, somadas às políticas de saúde voltadas a saúde da mulher, possibilitam a busca dessa população pela assistência nos serviços de atenção básica.

Dados descritos em boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) relacionados ao atendimento a mulheres imigrantes no parto, mostram que a maior concentração de nascidos vivos de mães imigrantes é nas Subprefeituras Mooca (964 nascidos vivos), Sé (948), Vila Maria/Vila Guilherme (588) e Penha (475), respondendo por mais da metade dos nascimentos. Os dados indicam que mais de 76% dos partos de mulheres imigrantes no município foram realizados no SUS (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) possibilitam o conhecimento do número de partos de nascidos vivos de mulheres imigrantes no município de São Paulo: de 2015 a 2017, ocorreram 15.247 partos de mulheres diversas nacionalidades, sendo 357 de origem Síria⁷.

Quando consideramos que as mulheres imigrantes procuram os serviços de saúde para a atenção obstétrica em busca de atenção pré-natal e para o parto, vemos que os serviços de saúde podem ser a porta de entrada para o acolhimento e integração da população imigrante como afirmado no boletim da CEInfo (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 21).

Portanto, a gestação, parto e nascimentos são momentos particularmente importantes para o acolhimento e integração às práticas de saúde preconizadas pelo SUS em nosso país, uma vez que desempenham papel reconhecido de proteção às mulheres em todos os momentos da gestação bem como à criança, no nascimento e nos primeiros anos do seu desenvolvimento, sempre com respeito às peculiaridades culturais de cada grupo.

⁷ Fonte: Dados do SINASC, processados por Coelho (2018), como parte da pesquisa de Iniciação Científica Atenção à Saúde de Mulheres Imigrantes, orientada por Cláudia Medeiros de Castro e apresentada no 26º Simpósio de Iniciação Científica da USP.

Mas, para que os serviços de saúde possam cumprir tal função, há de se considerar que também é um espaço de trocas interculturais, uma vez que os valores, crenças e práticas relacionadas à gestação e parto, são acionadas, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelas mulheres, imigrantes ou não, no encontro entre cuidadores e usuárias.

4 CULTURA E O CUIDADO EM SAÚDE

4.1 Aproximações dos conceitos de cultura

A literatura apresenta várias definições para o conceito de cultura conforme as diferentes perspectivas da filosofia, antropologia e outras, não havendo, portanto, um único conceito de cultura (MORGADO, 2014; BAUER, 2016). Em suas primeiras citações no final do século XVIII, o termo germânico utilizado era *Kultur* que simbolizava todos os aspectos espirituais de uma comunidade, por outro lado, a palavra francesa *Civilization* tinha o sentido de se referir às realizações materiais do povo, onde esses termos foram sintetizados por Edward Taylor, no dicionário inglês de *Culture*, pois englobava os conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e qualquer outro fator relacionado a hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade (LARAIA, 2005).

Outras definições e reformulações foram surgindo, fazendo com que o termo “cultura” se tornasse um dos principais temas da antropologia moderna, despertando um grande interesse teórico. As teorias modernas sobre o conceito cultura segundo Laraia (2005), foram divididas em 4 sistemas:

A – A cultura como um sistema adaptativo: onde os “padrões de comportamento socialmente transmitidos são usados para adaptar as comunidades aos seus embasamentos biológicos” (LARAIA, 2005, p. 59);

B – A cultura como um sistema cognitivo: considerado por W. Goodenough⁸ como um sistema de conhecimento, afirma que é “tudo aquilo que alguém tem de conhecer ou acreditar para operar de maneira aceitável dentro de sua sociedade” (W. Goodenough, 1970, apud LARAIA, 2005, p.60);

C – A cultura como sistema estrutural: conceito definido por Claude Lévi-Strauss⁹ “como um sistema simbólico que é uma criação acumulativa da mente humana [...] domínios culturais, mitos, artes, parentescos e linguagem [...] os princípios da mente que geram essas elaborações culturais” (Lévi-Strauss, 1976,apud LARAIA, 2005, p.61).

⁸ GOODENOUGH; WARD, 1970. Description and comparison in cultural anthrology. 173 p. New York, Routledge.

⁹ LÉVI-STRAUSS; CLAUDE. 1976. O pensamento selvagem, São Paulo, Cia Editora Nacional.

D – A cultura como sistema simbólico: defendida principalmente por Clifford Geertz¹⁰, que descreve o homem baseado na definição de cultura, “[...] não como um complexo de comportamentos concretos, mas um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras, instruções e programas para governar os comportamentos” (Geertz, 1966, apud LARAIA, 2005, p.61).

Geertz também considera que todos nós “nascemos com um equipamento para viver mil vidas, mas terminamos tendo vivido uma só” e que há um compartilhamento de símbolos e significados entre as pessoas membros do sistema cultural, onde estudar a cultura é para ele estudar um código de símbolos da mesma cultura, suas categorias e regras sobre as relações e comportamentos (Geertz, 1966, apud LARAIA, 2005, p. 62).

Ainda nesse sentido - a cultura e os códigos de símbolos - é entendida também como uma teia de significados, produzida dentro de um agrupamento compartilhado pelos membros de cada sociedade. Assim, os símbolos exprimem as estruturas cognitivas da cultura, e também, pela semiótica das interpretações e suas interações com este símbolo (GEERTZ, 1989).

Também o simbolismo pode ser compreendido segundo Jung¹¹ (1987) a partir de representações arquetípicas que norteiam a cultura, onde, os símbolos culturais estão relacionados com as religiões, em que a mesma não é um símbolo, mas um sistema simbólico (Jung, 1987, apud GOMES, et. al. 2009). Assim como, para Durkheim¹² (Durkheim, 1898, apud PONTES, 1993), há uma relação entre cultura, simbolismo e estrutura social. Os conteúdos culturais e as formas de estruturas sociais tornam possível a multiplicidade dos simbólicos.

4.2 A transculturalidade

Ao estudar os aspectos culturais na gestação, parto e nascimento, nos deparamos com os conceitos de multiculturalidade, interculturalidade ou transculturalidade. Para Weissman (2018), a multiculturalidade diz respeito a culturas que, ainda que em contato, mantém características próprias, em geral há uma

¹⁰ GEERTZ; Clifford, 1966. A transição para a humanidade, in Sol Tax (org), Panorama da antropologia. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura.

¹¹ JUNG, C. G. Psicologia do Inconsciente. Petrópolis: Vozes, 1987.

¹² DURKHEIM; Émile. Representações individuais e representações coletivas. Sociedade e filosofia. Rio de Janeiro, Florence, p. 13-42. 1898.

cultura hegemônica, dominadora; interculturalidade diz respeito à pluralidade, entrelaçamentos, sem que uma cultura se sobreponha à outra; e, transculturalidade, associada principalmente à etnopsicanálise, que na França tem como uma das expoentes Moro (2015), que desenvolveu a terapia transcultural com imigrantes, onde os aspectos culturais trazidos pelos imigrantes e seus familiares são acionados com função terapêutica.

Outra forma de entender a transculturalidade é aquela que se refere à forma de tentar comparar as maneiras de concepção da gestação, parto e nascimento narrado por Jordan (1993) em seu livro *Birth in Four Cultures*, descrevendo o nascimento, como um evento entendido culturalmente e arraigado de interposição biossocial e alcance interativo.

Assim como a antropologia é a ciência que estuda o homem e a humanidade, a linha da antropologia do nascimento, descrita por Jordan (1993), foca no estudo dos sistemas de nascimento e não na comparação individual e isolada de suas práticas, também diferenciam os estudos antropológicos da concepção de nascimento através de investigações biomédicas, sociológicas, fisiológicas ou literárias.

Jordan trata o processo de parturição com uma estrutura biossocial, ela entende como um fenômeno que é produzido juntamente e reflexivamente por uma biologia, que é universal e uma sociedade, que é particular:

[...] o nascimento é uma transição íntima e complexa cujo assunto é fisiológico e a linguagem é cultural. Tema e linguagem ou, para colocar de outra forma, conteúdo e organização nunca são dispostos um sem o outro. Eles devem ser considerados juntos para uma visão holística (JORDAN, 1993, p. 5).

Além de Jordan, a perspectiva transcultural é descrita por Leininger (1978) conhecida como a “teoria transcultural de enfermagem”, construída a partir da seleção de algumas incorporações da antropologia e da enfermagem, especificamente no cuidado. O objetivo da enfermagem transcultural é tornar o conhecimento não só científico na prática, mas torná-lo embasado culturalmente também, determinando um cuidado “conceituado, planejado e operacionalizado” a partir desta perspectiva (GUALDA; LIMA, 2017, p.139).

Portanto, o olhar biossocial sobre o estudo de uma cultura especificamente sobre o evento do nascimento e suas comparações, deve ser compreendido basicamente de duas formas: a primeira corresponde à biologia e a segunda deve

ser entendida como um evento socialmente organizado e culturalmente produzido. Ambas as formas são informações valiosas para colocar o cuidado da gestação, parto e nascimento dentro do sistema de saúde de um país, para pensar em boas práticas e proporcionar alguns parâmetros para o sucesso desse cuidado, gerando reflexões sobre aspectos sociais e interacionais do cuidado.

4.3 O cuidado cultural na atenção à gestação, parto e nascimento

De uma forma geral, nas diferentes culturas, o nascimento pode ser visto como um evento fisiológico, como dito anteriormente. Gualda et. al. (2017) propõe também que o nascimento pode estar relacionado a: doença; sexualmente aberto ou tratado com pudor e privacidade; como uma forma de pagamento; um evento sujo ou até de uma maneira sobrenatural. Também se deve levar em conta a forma como o processo é vivenciado e atribuído de diversidades étnicas e culturais, e entendido comportamentalmente nas diversas sociedades (JORDAN, 1978).

É preciso entender a princípio, as formas de assistência ao cuidado na obstetrícia hoje, para então relacioná-lo a prática e o pensar no cuidado culturalmente sensível. Jordan (1997) afirma que a hegemonia biomédica ou um conceito cultural carregado de poder, constrói modelos como oficiais e outros como ultrapassados, significando hoje que no mundo inteiro há um modelo hegemônico e que os partos são parecidos.

Jordan (1978) estudou quatro culturas relacionadas aos sistemas de nascimento: Suécia, EUA, Holanda e México (comunidade tradicional de Iucatã). Com o foco direcionado aos aspectos biossociais do nascimento, examinou alguns elementos importantes como: local da gravidez e parto; quem o assiste; o uso de medicação; a tecnologia no nascimento; o poder de decisão, entre outros. Em sua análise, os conceitos encontrados foram divididos em 4 categorias, dentre elas a que chamou mais a atenção na perspectiva da saúde na síria foi a categoria “Evento Médico”, relacionados aos estudos do nascimento nos EUA onde os processos biológicos pertencem à medicina. Neste modelo, a gestante, parturiente e puérpera são tratadas como simples paciente, onde a tecnologia e o uso de medicação são intensificados.

Sobre os aspectos biomédicos de atenção obstétrica Gualda et. al. (2017, p. 98) afirmam:

“As diferenças mais notáveis no tratamento médico contemporâneo do parto têm pouco a ver com costumes de culturas em particular, mas em vez disso estão mais ligadas à vasta disparidade entre países de poucos e de muitos recursos. Na maioria de países de alta-renda, as mulheres são submetidas significativamente a mais intervenções com medicamentos tecnologia aplicadas em graus mais elevados”

Quando este trabalho se propõe a estudar as práticas culturais de determinado evento como: a gestação, parto e o nascimento, se vislumbram uma aplicabilidade na assistência, uma perspectiva do cuidado integral capaz de trazer subsídios e reflexões para uma melhor adequação no atendimento de mulheres imigrantes sírias. Levando em conta a percepção de que cada sociedade produz uma configuração sistemática das práticas, e que o nascimento pode ser considerado mutuamente dependente e internamente consistente (JORDAN, 1993), o cuidado, mais precisamente o cuidado transcultural, é outro conceito que entrelaça o tema.

O conceito “Cuidado Transcultural” muito usado na enfermagem, será brevemente descrito neste estudo como uma forma de ampliar as possibilidades teóricas para a compreensão dos temas referidos acima. O cuidado transcultural, portanto, faz parte da teoria descrita por Leininger¹³ (1978) que a princípio se iniciou na teoria da transculturalidade e que posteriormente foi-se refinando para outros conceitos como a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural. Hoje o foco do cuidado transcultural descrito por Leininger tem como objetivo:

[...] desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado capaz de viabilizar a prática do cuidado universal e que seja culturalmente específico [...] vai além da apreciação de culturas diferentes, visa tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada (apud GUALDA et. al. 2017, p.139).

O cuidado transcultural se fundamenta na perspectiva da convicção que, segundo Gualda e Lima (2017, p. 139) - “[...] a maioria das culturas pode determinar o tipo de cuidado desejado e é direcionada para os consumidores dos serviços de

¹³LEININGER, M. M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practice. New York: John Wileys & Sons, 1978.

saúde”, que tem como objetivo “compreender sua perspectiva, sua visão de mundo, seu conhecimento e suas práticas”, são imprescindíveis para uma assistência culturalmente adequada.

Portanto a efetividade do que foi referido acima é conhecida dentro da transculturalidade e do cuidado transcultural de enfermagem como competência cultural, que se caracteriza pela capacidade do profissional em entender as diferenças culturais, étnicas, de gênero dentre outros, levando-o a compreender que a efetividade leva ao processo em curso para conseguir atender adequadamente as pessoas culturalmente diferentes, a partir de um profissionalismo ético e principalmente do respeito à diversidade cultural (KURAMOTO, 2016).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo que apresento é uma pesquisa qualitativa. A condução de estudos qualitativos busca abordar o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que se referem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas (MINAYO, 2007).

Para Minayo (2012), o principal verbo da abordagem qualitativa é compreender, ou seja, colocar-se no lugar do outro que se torna um pré-requisito importante para lidar com o diferente. Minayo afirma que para compreender, é preciso levar em consideração a singularidade de cada indivíduo e saber que as experiências e as vivências das pessoas acontecem no âmbito da história coletiva e são envolvidas pela cultura do grupo em que elas se inserem.

Na condução da pesquisa adotamos a perspectiva construcionista social, por acreditar que promove subsídios para alicerçar o objetivo proposto, uma vez que o conhecimento é visto como algo que é construído pelas pessoas em seu cotidiano, quando por meio de práticas discursivas posicionam-se e buscam dar sentido ao mundo que as cercam (CABRUJA et. al., 2000).

Historicamente a perspectiva construcionista social percorreu um longo caminho desde o debate sobre a modernidade tardia ou pós modernidade, a reflexividade sobre a ciência e o próprio construcionismo como um movimento de contestação à ciência ortodoxa (SPINK, 2010). O construcionismo social se inicia na psicologia social causando uma virada linguística, onde a linguagem não apenas explica a realidade, mas a constitui e, ao romper com o dualismo, sujeito-objeto, passa a entender o sujeito e o objeto como construções histórico-sociais, e se posiciona criticamente à ideia das representações do conhecimento e da objetividade, problematizando aspectos sobre a realidade e o sujeito.

Um dos autores mais antigos nesta discussão já citado, Kenneth Gergen¹⁴ (1985), que se tornou um clássico da postura construcionista na psicologia, afirma que “[...] a investigação construcionista preocupa-se com explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem” (*apud* SPINK, 2010, p.9). À perspectiva construcionista interessa os sentidos atribuídos pelas pessoas em interação no cotidiano, assim, tanto o conhecimento acadêmico

¹⁴ GERGEN, K. The social construction of the person. New York: Springer-Verlag, 1985.

como qualquer conhecimento da realidade são construções sociais, versões da realidade, social e historicamente situadas.

Portanto para poder compreender os aspectos culturais da gestação, parto e nascimento das mulheres imigrantes sírias é preciso conceber os sentidos atribuídos a eles:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, nas dinâmicas das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua vida (SPINK, 2010, p.34).

5.1 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os princípios éticos da pesquisa e de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, CAEE nº 79395317.9.0000.5390.

5.2 População do estudo

O estudo compreendeu mulheres sírias imigrantes e residentes no município de São Paulo. Foram entrevistadas nove mulheres imigrantes. Os critérios de inclusão foram: mulheres sírias, maiores de 18 anos, com filhos nascidos na Síria ou no Brasil, que falassem o português ou contassem com interprete no momento da entrevista.

5.3 Procedimentos para a coleta de dados

O estudo contou com duas estratégias metodológicas: contextualização do campo e realização de entrevistas.

A fase inicial de contextualização do campo e identificação de instituições que ofereciam assistência à mulheres sírias imigrantes, algumas na condição de refugiadas. Etapa importante para aproximação do campo e identificação das mulheres que seriam convidadas para entrevista.

A fase seguinte compreendeu a identificação e convite das mulheres sírias para realização de uma entrevista. Como estratégia, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, com roteiro norteador que comportou dois eixos: o primeiro voltado para a identificação da participante, com informações sobre idade, tempo de residência no Brasil, situação conjugal, profissão, história obstétrica (APÊNDICE A), e o segundo relacionado com aspectos culturais (gestação, parto e nascimento na Síria) e as percepções das diferenças ou similaridades da assistência no Brasil (APÊNDICE B).

5.4 Procedimentos para análise dos dados

A primeira fase do estudo possibilitou a aproximação do campo, identificação e seleção de duas instituições onde foram contatadas as mulheres participantes das entrevistas.

Para realizar a análise das entrevistas, inicialmente foi realizada a transcrição integral dos áudios, incluindo todas as falas e expressões comunicadas para preservar o contexto da entrevista, conforme o rigor metodológico do construcionismo social (SPINK, 2014). Após esta etapa, foi usada a transcrição seqüencial de todas as entrevistas para auxiliar na definição das categorias temáticas, onde se buscou identificar quem fala, sobre o que fala, e como cada um fala (POTTER et. al., 1987). O quadro abaixo trará como exemplo um trecho da transcrição seqüencial de Hamah:

Quadro 1 - Trecho da transcrição seqüencial de Hamah.

QUEM FALA	SOBRE O QUE FALA	TEMA
Entrevistadora	Lá no seu país tem algum alimento, comida que a grávida tem que comer?	Gestação e alimento
Hamah ¹⁵	Sempre tudo, só precisa comer mais “Hugo”....ovo, e mais leite, ovo.	Gestação e alimento
Entrevistadora	E qual é a diferença do pré-natal na Síria e o pré-natal no Brasil?	Gestação e Pré-Natal
	Lá, quando visita médico pode	

¹⁵ Os nomes das entrevistadas foram substituídos por nomes de cidades Sírias.

Hamah	fazer toda vez “lco”, pra olhar nenê, aqui não. Eu passa todo mês na posto de saúde, ela só colocar aquele aparelho pra ouvir coração do bebê e depois ela deixa papel para ir para outro hospital... não aqui mais difícil	Consulta e Ultrasson
Entrevistadora	Você acha que quando a mulher fica grávida a família a trata diferente? Como?	Gestação e cuidado
Hamah	Lá, mulher grávida não trabalha muito, ela fica quieta, tranqüila... aqui não vai trabalha 9 meses.	Gestação e cuidado

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

Após a transcrição seqüencial, foi procedida a leitura e re-leitura para familiarização com o conteúdo transcrito e para dar seqüências à análise a partir do mapa dialógico. O mapa dialógico é um quadro organizado em colunas temáticas, onde foram inseridos trechos das entrevistas a partir dos temas que surgiram na transcrição seqüencial, permitindo visualizar as principais categorias correspondentes e suas subcategorias. O mapa dialógico foi construído em duas etapas, o primeiro foi dividido individualmente a partir dos temas do roteiro: 1 – Pré-Natal; 2 – Trabalho de parto; 3 – Parto; 4 – Pós-Parto e 5 - Assistência obstétrica no Brasil, permitindo catalogar as subcategorias de cada tema. O Segundo mapa foi construído a partir da junção entre temas e subtemas de todas as entrevistas. O quadro a seguir exemplifica uma parte do mapa dialógico temático utilizado para junção de cada tema e subtema:

Quadro 2 - Trecho do Mapa Dialógico Temático

Pós-Parto					
Tema	Subtema	Homs	Al Hasakh	Hamah	Damasco
Pós-parto	Banho		Lavar cabelo não, eles falar para só lavar daqui para baixo porque para leite amarelo não perder que é muito importante pra bebe, só depois de 5 dias	E eu disse que isso? Eu tomar banho agora, na síria não nada	
		Enfermeira ensina a dar banho no bebe e lá na síria não tem isso, não	Também depende na família marido dela, tem a família menina foi pra	sim, fica 15 dias em casa ajuda, deixa a mulher dormir fica com	Não vai toda a família, mãe, sogra, cunhada, irmã....porque lá

Pós-parto	Família	porque lá na síria cada família é de um jeito e a mãe, sogra todas ajudam	família dela 40 dias a ficar na casa, comida na cama dela e só amamentar o bebe dela a come.	nenê , depois de mama ela fica com a minha mãe, deixa pra rutar, ela troca fralda	tem muita família, toda (risos), sim para ajudar porque ela acorda um pouquinho dorme um pouquinho
Pós-parto	Amamentação	As mulheres amamentação 2 anos	Nesse tempo eu acho não, minha idade não, não tenho certeza, mas minhas amigas ninguém amamentou	Sim, tem pouquinho mulher que não quer amamentar , porque fala que depois deixa peito ruim	Sim as mulheres gostam, eu dei mama para filho um ano e 9 meses. Minha prima que esta aqui no Brasil a filha mama e tem 1 ano e 6 meses. Minha irmã não conseguiu porque não tinha leite.
Pós-parto	Resguardo	Normalmente a mulher vai para a casa da mãe ficar com ela. Fica uns 40 dias.	Quando você não tem mais sangue, uns 40 dias, 70 dias, depende da corpo da mulher, mas não antes de 40 dias		

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

Os resultados deste estudo foram organizados em quatro categorias temáticas principais e nomeados com palavras em árabe que significa o principal substantivo de cada tema (Figura 2): O cuidado, A presença, O valor e O acolhimento:

Figura 2 - Categorias temáticas.

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

No processo de análise surgiu a necessidade de apresentar as mulheres e dar visibilidade ao deslocamento até o Brasil, que para muitas coincidiu com a gestação. Assim, optamos pela construção de linhas narrativas, para possibilitar a organização dos eventos relativos à migração, gestação e parto na vida de cada uma das mulheres sírias entrevistadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Aproximações do campo: instituições que atendem mulheres sírias

Inicialmente foi realizado o levantamento de ONGs e serviços ligados a saúde ou não, que atendem refugiados no Município de São Paulo. Após buscar pelas redes sociais e tentativas de contato telefônico obtive os seguintes resultados:

- Centro de Referência e acolhimento para imigrantes (CRAI) trabalham com várias nacionalidades de refugiados principalmente africanos e Haitianos. Após tentar contato pessoalmente não obtive resposta;
- Centro de apoio e pastoral do migrante (CAMI);
- CARITAS São Paulo;
- Instituto de reintegração do Refugiado (ADUS), onde pude fazer uma visita agendada para conhecer o trabalho da instituição que tem como principal função reintegrar o imigrante ao mercado de trabalho;
- Lar Sírio Pró-Infância, onde estou vinculada para realização das entrevistas com as mulheres sírias.

Outros locais que podem atender imigrantes e refugiados Sírios são: Unidades de Saúde de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que acolhem e prestam atendimento à população imigrante. As imigrantes sírias, embora possam ser atendidas em qualquer unidade básica de saúde (UBS) do Município de São Paulo, segundo dados do boletim (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015), buscam mais as unidades da CRS Centro, localizada na região central do Município de São Paulo. Na subprefeitura de cidade Ademar, UBS Vila Constancia, realiza atendimento a refugiados, possivelmente ligados à Mesquita da Vila Joaniza; na subprefeitura Jaçanã/Tremembé, sete unidades atendem refugiados sírios; na Subprefeitura da Mooca, também o atendimento a refugiados sírios tem aumentado a cada dia.

Após a identificação, tentativa de contato e visitas, optou-se como local a princípio para as entrevistas o Lar Sírio Pró-Infância, localizado no bairro do Tatuapé, região Leste da cidade de São Paulo.

O contato mais próximo ocorreu através de uma reunião na própria instituição com as assistentes sociais, a gerente da instituição, uma enfermeira e uma funcionária que é refugiada síria e intérprete da instituição. Nesta reunião foi explicado o intuito do projeto e seu objetivo e que as entrevistas seriam agendadas

pela instituição e contariam com a presença da assistente social e da intérprete. Após aceitação do Lar Sírio Pró-Infância foi feita uma entrevista com uma das assistentes sociais que contou a história do surgimento do Lar Sírio e seu papel para com as famílias sírias e respectivamente as mulheres sírias.

O Lar Sírio Pró-Infância surgiu no início do século XX, através da reunião de jovens vindos da região central da síria (Homs), onde arrecadavam fundos para ajudar pobres e doentes da colônia no Brasil. Em 1923, a necessidade de acolher crianças órfãs, levou a inauguração do orfanato Sírio, à medida que aumentava número de crianças atendidas houve a necessidade de ampliar as instalações com o apoio financeiro de várias famílias sírias. Em 1939, o orfanato foi reconhecido por lei federal e em 1954 passou a chamar Lar Beneficente Sírio. Depois de muito trabalho e esforços, o orfanato foi reconhecido pela prefeitura de São Paulo através de convênio feito com as Secretarias da Educação e do Bem-Estar Social, por fim em 1988 o antigo orfanato passa a se chamar Lar Sírio Pró-infância (ALESSIO, 2005).

Com mais de 80 anos de história, experiência e credibilidade adquirida, o lar Sírio localizado próximo ao metrô Carrão em São Paulo, possui 18 instalações que incluem creche, pré-escola e escola em parceria com a prefeitura, com atendimento para 850 crianças, além de programas como ABRIGO (Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente), PASEN (Programa de Apoio Sócio-Educacional com Pernoite), PASE (Programa de Apoio Sócio-Educacional sem Pernoite), Projetos Ferramentas para a vida, Projeto Atendimento à Saúde entre outros (ALESSIO, 2005).

Além do engajamento educacional e assistencial para crianças e adolescente brasileiros, o Lar Sírio também presta assistência as famílias sírias que hoje conta com 82 famílias cadastradas, totalizando 327 membros, sendo a maioria de refugiados.

Segundo a assistente Social “SÃO PAULO”, a maioria das famílias vem em busca de moradia e trabalho. O Lar Sírio Também consegue prestar assistência a saúde das famílias refugiadas porque possui em sua equipe uma enfermeira e uma interprete onde os encaminhamentos aos hospitais e UBS acontecem conjuntamente, também conseguem acompanhá-las através de visitas domiciliares principalmente as mulheres que tiveram seus filhos em hospitais dentro do Município de São Paulo.

Outro colaborador foi o Centro de Saúde Escola – Geraldo de Paula Souza (CSE) da Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, localizado no bairro de Sumaré. A dificuldade em encontrar mulheres sírias que fossem muçulmanas no Lar Sírio, foi contornada por meio do CSE, porque atendia mulheres sírias muçulmanas que em sua grande maioria buscam a unidade em busca de acompanhamento pré-natal. Como docente de estágio em Pré-Natal do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo, e alocada no CSE em 2018 e 2019, pude me aproximar deste público e entrevistá-las posteriormente, após a aprovação do comitê de ética da própria unidade.

Foram entrevistadas nove mulheres sírias e uma assistente social, que embora não seja síria, foi importante para a aproximação e compreensão do campo. 5 mulheres sírias foram entrevistadas através do Lar Sírio com ajuda de uma intérprete síria e 4 mulheres sírias foram entrevistadas por meio do CSE. As mulheres vinculadas ao CSE foram entrevistadas em seus domicílios. Após um levantamento de atendimento da assistência ao pré-natal no CSE, constatou-se que em 2017, 2018 e 2019 foram atendidas em torno de 20 mulheres sírias. O total de mulheres entrevistadas neste estudo possibilitou um equilíbrio correspondente ao tipo de religião, 4 mulheres sírias cristãs e 5 mulheres sírias muçulmanas.

6.2 Entrevistas

Foram entrevistadas nove mulheres sírias. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a dezembro de 2018. A identificação e convite para a participação das mulheres se deram nas duas instituições previamente identificadas que atendem mulheres sírias.

Foi preciso modificar o roteiro utilizado nas primeiras entrevistas e ajustá-lo à realidade das entrevistadas, pois se observou que o roteiro inicial não contemplava a realidade das mulheres sírias e a compreensão dos períodos do trabalho de parto não faziam sentido para elas. As entrevistas foram realizadas após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização das duas Instituições citadas anteriormente. Inicialmente foi possível a construção de um quadro com as informações de identificação obtidas no início das entrevistas (APÊNDICE A). O nome das mulheres sírias foi substituído para preservar o anonimato, optou-se por utilizar nome das principais cidades sírias:

Quadro 3 - Perfil das mulheres imigrantes sírias – São Paulo, Brasil, 2019.

IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO
40 anos	Ensino superior	Pedagoga	Casada	Cristã Ortodoxa
28 ANOS	Ensino superior	Turismo	Casada	Cristã Ortodoxa
31 anos	Ensino superior	Administração	Casada	Islã
31 anos	Ensino superior	Economia	Casada	Cristã Ortodoxa
64 anos	Alfabetizada ¹⁶	Dona de Casa	Viúva	Cristã Ortodoxa
30 anos	Ensino superior	Estatística	Casada	Islã
35 anos	Ensino superior	Administração	Casada	Islã
38 anos	Alfabetizada	Dona de casa	Casada	Islã
34 anos	Ensino superior	Matemática	Casada	Islã

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

Quadro 4 - Perfil das mulheres sírias – Trajetória – São Paulo, Brasil, 2019.

Nomes	Cidade de Origem	Tempo de moradia no Brasil	Condições de entrada no Brasil
Damasco	Homs	6 anos	Refugiada
Homs	Damasco	4 anos	Refugiada
Sáfita	Damasco	4 anos	Refugiada
Latáquia	Latáquia	3 anos	Refugiada
Kameshli	Edlb	3 anos	Refugiada
Hamah	Damasco	2 anos e 6 meses	Refugiada
Tartus	Alepo	2 anos e 8 meses	Refugiada
Al-Hasakh	Damasco	1 ano e 8 meses	Visto de turista/Imigrante
Alepo	Homs	1 ano e 7 meses	Refugiada

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

¹⁶O termo “Alfabetizada”, foi usado por desconhecer a classificação de ensino/escolaridade na Síria.

Quadro 5 – Perfil obstétrico das mulheres imigrantes sírias – São Paulo, Brasil, 2019.

Paridade	País em que pariram	Chegou grávida de quanto tempo?	Hospital e região hospitalar ¹⁷
I Gesta - I parto cesárea	Brasil	8 meses de gestação	Particular – Região central
I Gesta - I parto normal	Brasil	9 meses de gestação	Público – Região Sudeste
I Gesta - I Parto cesárea	Brasil	8 meses de gestação	Público – Região do ABC
I Gesta- I parto cesárea	Brasil	5 meses de gestação	Público – Região sul
II gesta - I parto domiciliar e I parto normal hospitalar	Síria	Não	I Domiciliar e II Hospital na Síria
III Gesta - II Parto cesárea I Normal	Síria e Brasil	7 meses de Gesta do II filho	Particular -Síria, Público – Região Sudeste. Particular – interior de SP
II Gesta - II Parto normal	Brasil	8 meses	Particular – Região Sudeste
X Gesta - 7 A - III Parto Normal	Síria, Jordânia e Brasil	8 meses da X Gesta	Público – Região Central
VI Gesta - I A - V Parto Normal	Síria e Brasil	Engravidou no Brasil	Público – Região Oeste

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3 Trajetórias das mulheres imigrantes Sírias

O uso da linha narrativa permitiu organizar os eventos relativos à migração, gestação e parto na vida de cada uma das mulheres sírias entrevistadas, que conforme os dados, a maioria delas chegou ao Brasil com suas gestações avançadas. Optou-se em focar na trajetória de cada uma delas, tema que surgiu espontaneamente nas entrevistas, o que possibilitou a aproximação entre os temas migração/refúgio e de entender a escolha em parir no Brasil.

Os caminhos que podem ter levado a escolha da vinda ao Brasil e consequentemente terem parido aqui, podem estar pautados primeiramente na abertura das concessões de vistos, a partir da normativa lançada em 2013 pelo

¹⁷Os hospitais foram distribuídos conforme localização no mapa municipal e metropolitano de São Paulo.

órgão responsável pelos refugiados no Brasil (BRASIL, 2015), possibilitando o acesso e permanência no país. Outro fator pode estar ligado a legislações por meio das Leis 818/1949, substituída pela nova Lei da Migração 13.445 de maio de 2017, que garante as crianças nascidas no território nacional o direito ao convívio familiar, ou seja, da presença dos pais, permitindo a estadia permanente e legalizada desta família imigrante. Conforme expresso também, os artigos 3º - inciso VIII – que faz referência à garantia do direito à reunião familiar, e art. 4º- inciso III –que estabelece o direito à reunião familiar do migrante com seu cônjuge ou companheiro e seus filhos, familiares e dependentes (BRASIL, 2017).

Abaixo será apresentada a linha narrativa resumida de todas as mulheres sírias e um quadro dos acontecimentos relacionados à sua trajetória até o Brasil:

6.3.1 Damasco

Damasco nasceu na Síria, morava na cidade de Roms, tem 40 anos, é casada, possui o ensino superior completo – formada em pedagogia, sua religião é o cristianismo ortodoxo. Chegou ao Brasil grávida de 8 meses de gestação do seu primeiro filho que nasceu no Brasil em um hospital particular por cesariana agendada. Está no país há seis anos em função da guerra na Síria.

Figura 3 - Linha Narrativa de Damasco - Trajetória

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.2 Alepo

Alepo veio para o Brasil há 1 ano e 7 meses em função da guerra em seu país e pela falta de emprego de seu marido, é refugiada. Chegou ao Brasil, grávida de

nove meses de sua primeira filha. A criança nasceu no Brasil em um hospital público por parto normal.

Figura 4 - Linha Narrativa de Alepo– Trajetória

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.3 Safita

Safita nasceu na Síria, morava na cidade de Damasco, tem 30 anos, é casada, possui o ensino superior completo, trabalhava com instituto de estatística, sua religião é o Islamismo, veio para o Brasil há 4 anos em função da guerra em seu país, primeiro fugiu para o Egito onde ficou um ano e em função de documentação não pode ficar mais tempo, então decidiu vir para o Brasil porque o governo brasileiro disponibiliza papéis para refugiados. Chegou ao Brasil, grávida de sete meses do seu segundo filho, que nasceu no Brasil em um hospital público por parto cesária.

Figura 5 - Linha Narrativa de Safita – Trajetória.

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.4 Latáquia

Latáquia nasceu na Síria em 1954, morava na cidade de Latáquia, tem 65 anos, é viúva, não tem ensino superior, sua religião é Cristã Ortodoxa, veio para o Brasil há 3 anos em função da guerra em seu país, é refugiada.

Figura 6 - Linha Narrativa de Latáquia - Trajetória

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.5 Al Hasakh

Al Hasakh nasceu na Síria, morava na cidade de Damasco, tem 35 anos, é casada, possui o ensino superior completo – formada em Administração, sua religião é o Islamismo, veio para o Brasil duas vezes, a primeira ficou 1 ano e 3 meses e a segunda está a 1 anos e 8 meses em função da guerra em seu país, não é refugiada, entrou com o visto de turista. Chegou ao Brasil pela primeira vez grávida de 8 meses de sua primeira filha, quando engravidou estava morando na Arábia Saudita por causa da guerra. Após o nascimento da primeira filha, foi embora e retornou ao Brasil novamente para o nascimento da segunda filha. Seu marido continua vivendo na Arábia e trabalhando lá. Aqui no Brasil teve suas duas filhas por parto normal em um hospital particular.

Figura 7 - Linha Narrativa de Al Hasakh – Trajetória.

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.6 Tartus

Tartus nasceu em 1984 na Síria, morava na cidade de Aleppo, tem 34 anos é casada, é professora, cursou matemática, tem 5 filhos, sua religião é o Islamismo, mora no Brasil há 2 anos e 6 meses, veio como refugiada em função da guerra em seu país. No seu primeiro casamento teve 3 filhos, seu marido faleceu. Casou-se novamente e teve 2 filhos, o último nasceu no Brasil.

Figura 8: Linha Narrativa de Tartus - Trajetória.

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.7 Homs

Nasceu na Síria, morava na cidade de Damasco, tem 31 anos, é casada, possui o ensino superior completo – formada em Administração, sua religião é o Islamismo, veio para o Brasil há 4 anos em função da guerra em seu país, é

refugiada. Homs engravidou de seu primeiro filho na Síria e chegou ao Brasil com 8 meses de gestação. Homs e seu marido relataram que quando estavam na Jordânia ficaram com muito medo de vir ao Brasil porque diziam que o tratamento aqui era ruim.

Figura 9 -Linha Narrativa de Homs – Trajetória.

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.8 Kameshli

Kameshli nasceu na Síria, morava na cidade de Edlb, tem 38 anos, é casada, tem pouca escolaridade, sua religião é o Islamismo, veio para o Brasil há 3 anos em função da guerra em seu país, é refugiada. Kameshli engravidou do seu décimo filho na Jordânia e chegou ao Brasil no oitavo meses de gestação. Kameshli relata que sua filha de 5 anos nasceu na Jordânia e os filhos anteriores nasceram na Síria em Damasco, o último no Brasil.

Figura 10 - Linha Narrativa de Kameshli – Trajetória

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.3.9 Hamah

Hamah nasceu na Síria, morava na cidade de Damasco, tem 31 anos, é casada, possui o ensino superior completo – formada em economia. Sua religião é o Cristianismo Ortodoxo, veio ao Brasil há 2 anos e 8 meses em função da guerra em seu país, é refugiada. Hamah engravidou na Síria de sua primeira filha e chegou ao Brasil com 5 meses de gestação.

Figura 11 - Linha Narrativa de Hamah – Trajetória

Fonte: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva, 2019.

6.4 As vozes das mulheres sírias

6.4.1 AL RIAYA: O cuidado centrado na valorização da gestação

As entrevistadas relataram que quando as mulheres sírias engravidam são tratadas de maneira diferenciada, há uma valorização do cuidado com esta mulher tanto da comunidade quanto de seus companheiros e familiares. Esta valorização por parte da família é percebida em algumas falas onde relatam a presença das mulheres da família como a mãe, sogra, irmãs, cunhadas como protagonistas deste cuidado, de maneira a proteger a mulher do esforço em suas atividades domésticas, como pegar peso, fazer faxina em suas casas e também a redução de atividades em seus trabalhos. A valorização do cuidado na gestação segundo CAMACHO (2010), envolve processos relacionais, principalmente os membros do grupo familiar. A cultura da família está diretamente relacionada ao cuidado que a gestante terá com sua saúde e com o bebê, uma vez que os hábitos de vida, valores e crenças são passados de forma geracional, conforme o contexto cultural em que se inserem (CARPES et. al., 2016).

“Não deixa ela trabalhar muito na casa, para ela ficar mais tranqüila, cuida da alimentação” (LATÁQUIA).

“Quando as mulheres ficam grávidas, todo mundo cuida delas, o que elas querem trazem para elas, se elas querem uma torta...” (ALEPO).

“Não, eles dividem. Às vezes mãe do marido, às vezes mãe da mulher mesmo. Pra ajudarem mais, pra ela não trabalhar muito na casa, sabe?” (DAMASCO.)

Também foi percebido que há uma preocupação em relação a alimentação, onde sua mãe ou sogra fazem comidas mais saudáveis para que esta mulher não fique fraca e prejudique a si mesma e ao feto.

“Acho que muitas vitaminas, a mãe dela fala tudo coisa, não come esse, come esse, cuidado com ferro, não sei” (TARTUS).

“Dão mais atenção para ela comer bem. Ela não faz muitas atividades... eles cuidam mais” (HOMS).

A relação da gestante com a família é um fator importante, porque se esta mulher é bem quista nesta família a valorização e o cuidado se tornam maior. Vemos também um deslocamento de familiares para a casa da gestante, principalmente a figura materna para ajudá-la. A presença materna ou familiar não foi percebida como algo forçado, mas, como um papel cultural. Desta forma, cabe às mulheres da família o deslocamento para a casa da gestante, independente do tempo de permanência, a fim de garantir o bem-estar dela e do bebê, sendo unânime este cuidado.

“Ela muda se mulher fica grávida, Mãe, sogra, irmã, cunhada, eu fica grávida eu fiquei 4 meses, eu não consegui come comida bem, eu come vomita, minha mãe fica na minha casa 4 meses, porque eu não consegui fazer comida, eu cheiro a comida, vomita, só fiquei na cama os 4 meses...” (DAMASCO).

“Cunhada, sogra, depende de amor dela com a família” (KAMESHLI).

De acordo com as diretrizes brasileiras em relação ao pré-natal, a assistência se inicia com o diagnóstico da gestação e tem como objetivo acolher a mulher desde o início até o final da mesma, assegurando o nascimento saudável do recém-nascido e a garantia do bem estar materno e neonatal (BRASIL, 2005). No pré-natal da Síria, existem vários pontos importantes que foram encontrados nas entrevistas como: as consultas, o local das consultas, os profissionais que atendem as gestantes, os protocolos (medicamentos e tempo entre as consultas), serviços públicos e privados, acompanhantes e o trabalho profissional.

A maioria das mulheres que foram entrevistadas relatou que na Síria, fazem seus pré-natais em serviços privados. Informação que coincide com os resultados encontrados por Bashour (2006), no estudo que afirma que cerca de 80% do acompanhamento pré-natal se dá nos serviços privados. Foi percebido que mesmo famílias mais pobres se esforçam para fazer o pré-natal e o parto em serviços privados. A assistência nesses serviços privado é mais econômica do que no Brasil, possibilitando às famílias arcarem com este serviço com muito prazer, uma vez que desejam o melhor para suas mulheres gestantes.

“De verdade, quando coisa grávida é coisa importante pra pessoa eles pagar com feliz pra saber noticia de grávida”(KAMESHLI).

A consulta de pré-natal acontece mensalmente até o oitavo mês de gestação, e conforme os relatos das entrevistadas, a consulta no final deste período ocorre semanalmente. Portanto a assistência ao pré-natal na Síria parece similar, neste aspecto, aos protocolos utilizados no Brasil.

O pré-natal é feito pelo profissional médico, ginecologista/obstetra, podendo ser do sexo masculino ou feminino, ficando a critério da mulher esta escolha. Para algumas famílias é um desafio, principalmente para as muçulmanas que preferem ser atendidas por mulheres. Porque no islamismo, está sobre a mulher o papel de manter a honra da família e do marido, portanto quando esta mulher é tocada por um homem que não seja parente próximo ou seu marido esta honra é colocada em questão (LIMA, 2016).

Um importante diferencial no pré-natal na Síria é o uso da ultrassonografia em todas as consultas, percebendo um grande uso da tecnologia mesmo em consulta de rotina. A partir dos ensinamentos de Davis-Floyd, sobre a tecnomedicina, tem-se o entendimento de que o corpo é visto como uma máquina, que precisa de reparos e de diagnóstico de problemas, cura das doenças, tendo que sempre ser monitorados para uma boa saúde, essa tecnologia também está muito presente na assistência a gestação e parto (DAVIS-FLOYD, 2000).

“É tudo com medico, todo mês ultrasson, pra ver se bebê tá bem, medida do bebê pra ver se tá bem, não consegui fazer isso tudo agora porque sobre guerra, porque muito médico maioria fugiu, não trabalha porque tem medo de sair na rua, agora porque sobre guerra porque antes, ta tranqüila. Lá consulta todo mês” (DAMASCO).

“Acho que o mesmo aqui, porque quando ela grávida, rapidinho para hospital porque ela cuidado, não fazer nada errado, não tomar remédio, não fez raio x, depois cada um mês tem a consulta” (TARTUS).

“Não, tem outra grávida, na síria tudo toma remédio, ácido fólico, esse sempre. não, só precisa comer tudo, pra não faltar vitamina pra bebê” (DAMASCO).

Segundo os relatos das entrevistadas, na Síria não existe gravidez sem casamento, a proibição do sexo antes do casamento parece ser comum tanto para as seguidoras da religião islâmica, quanto para as cristãs (LIMA, 2016). A religião está diretamente ligada ao tipo de construção de família e influencia os costumes culturais familiares e é um dos fatores norteadores da organização familiar como afirmado por Geertz (1989).

Foi percebido um grande contentamento por parte dos maridos em relação àquelas gestações, que também mudaram seu cuidado em relação às suas mulheres. No entanto, as consultas de rotina de pré-natal não foram muito frequentadas pelos cônjuges devido ao trabalho, embora houvesse muita vontade do acompanhamento, e faziam isto sempre que possível; este papel, portanto, ficou mais centrado na mãe da gestante ou sogra por demandar mais tempo para esta função.

“Homem gosta todo mês, sobre meu marido e minha gravidez porque ele trabalha, então consegui fechar a loja dele para ir, ele vai só duas vezes” (DAMASCO).

“Primeiro minha marido muda que primeiro filho, muito cuidado com eu grávida, ele passa pra médico sempre, minha sogra minha mãe também” (SAFITA).

As mulheres sírias conforme exposto no Quadro 3 são escolarizadas, fazem faculdade e trabalham fora quando são solteiras e também quando se casam. Em função deste cuidado com a gestação que vai além do âmbito familiar, o social é visto através de suas falas relacionados aos seus trabalhos profissionais onde desempenham suas funções trabalhistas e carga horária de forma mais amenas, começam a reduzir os horários de trabalho a partir do 6º mês e entram de licença maternidade precocemente em relação às leis no Brasil.

“Lá mulher grávida não trabalha muito, ela fica quieta, tranquila... aqui não (Brasil), vai trabalhar 9 meses” (HAMAH).

“Mulher lá trabalhando até 6 ou 7 meses, depois fica em casa. Arrumou tudo coisa de bebê” (HAMAH).

As mulheres deram grande importância no cuidado da alimentação, em falas que demonstram que a escolha de alimentos está relacionada com valores da cultura. O consumo pela população em geral de alimentos típicos de seu país, como a tâmara, foi reforçado como um alimento muito importante a ser consumido não somente na gestação como no trabalho de parto e pós-parto. Na gestação o consumo de tâmara foi relacionado mais ao final da gestação para o desencadeamento do trabalho de parto. Segundo os relatos, para os árabes a tâmara tem um aporte nutricional necessário para a gestação e principalmente quando a puérpera está na fase da amamentação exclusiva. A tâmara parece ser considerada um alimento divino, pois é citada no Alcorão, o livro sagrado do islamismo, (ALCORÃO 19:16 – 26a) e também referida pelas cristãs, que contaram que Maria, mãe de Jesus, comeu a fruta no momento do parto (LIMA, 2016).

“O que doutora passou para ela...ela toma , mas tem tâmara muito bom, leite natural” (SAFITA).

“Comida, esporte e comer tâmara, porque tâmara fez contração mais forte, isso na última semana” (AL-HASAKH).

“Tâmara, ela muito saudável e já arruma pra nasce, porque mãe de Jesus quando nasce ele Deus fala pra ela toca na arvore e fez isso e que caiu come e caiu tâmara, come, senta, fica tranquilo, ela nasce mais fácil, o alcorão”(KAMESHLI).

Em relação ao final da gestação e preparação para o parto, as mulheres sírias relataram que fazem caminhadas para ajudar a entrar em trabalho de parto. Isso também favorece para que as mulheres venham a ter um trabalho de parto mais rápido. Importante ressaltar que, esta função de incentivo e companhia para realizar as caminhadas fica a cargo de seus cônjuges. Cabe a eles incentivar e acompanhar suas mulheres na caminhada diária até a chegada do parto. Este é um contraponto interessante relacionado à preparação para o parto, no Brasil, cabe essa responsabilidade aos profissionais, como doulas, enfermeiras obstétricas, obstetrizas, fisioterapeutas entre outros, esta função de capacitação e incentivo. Na Síria, isto fica entorno do âmbito familiar, reforçando a valorização e o cuidado da família desta gestante.

“Sim. Lá tem, mas não é comum..., mas a maioria elas ficam assim ou andam, muito nos últimos dias antes do nascimento, ela anda muito”(HOMS).

“Sim, bastante, meu marido fica comigo dois dias andando, andando, e eu falo eu fico cansada e até ele fica triste por eu , borá, eu não andando nada”(TARTUS).

6.4.2 AL WUJUD: A presença da família no parto

Assim como no Brasil, vimos uma mudança progressiva da medicalização e intervenção no parto, outrora, os partos aconteciam no ambiente domiciliar, acompanhados por parteiras. O parto era considerado um evento normal, próximo da natureza, e permaneceu assim até meados do século XVII (GUALDA et. al., 2017). A mudança no cenário de nascimento não ocorreu somente no ocidente. O domínio sobre o corpo feminino com o uso da tecnologia veio varrendo continentes e culturas. Há mais ou menos 50 anos atrás, os partos aconteciam no domicílio, e era considerado um evento social e predominantemente feminino. Dessa forma, o nascimento foi se tornando um evento controlado pelos homens da ciência e hoje faz parte do escopo hospitalar (GUALDA et. al., 2017).

“Primeiro filho nasceu em casa, segundo no hospital...Irmã auxiliou nos dois partos, ela segura minha mão...”(LATÁQUIA).

“Não, desde a geração passada não usa parto normal, essa geração não como antes... mulher mais forte antes”(DAMASCO).

Na Síria as mulheres podem escolher a via de parto. A escolha do tipo de parto, conforme relato das entrevistadas nos sugere alguma influência da religião, uma vez que a Síria é dividida em duas principais religiões, o islamismo (mulçumano) e o cristianismo, nas mulheres cristãs percebe-se o predomínio do parto operatório cesariana, enquanto nas mulheres muçulmanas, percebe-se o predomínio do parto normal. Para a grande maioria das mulheres muçulmanas, o parto normal é a melhor opção para dar à luz, sendo muito valorizado pelas famílias. (LIMA, 2016).

“Depende da mulher de novo, mas pra mim, minha amiga tudo quer parto normal por é mais fácil para andar pra voltar pra sua vida, mas cesariana ter mais tempo, precisa mais pessoas pra ajudar você” (AL-HASAKH).

“Acho que maioria, normal. Tem mulheres que pediu cesariana, mas acho que tudo fala pra ela errado” (TARTUS).

”Sim, porque só ela espera um dia, dois horas dor forte, ela ganha tá bom passa isso sem problema. Se ela faz cirurgia ela precisa tomar cuidado dois meses pra frente se ela tirar filho pra não pesar na colo pra não rasgar a

cirurgia de novo né, bastante coisa. Então não quer gritar sofrer. Sofre. Depois dor, pra frente” (KAMESHLI).

A escolha pelo parto normal para as mulheres muçulmanas está relacionada à força, à sabedoria, ao que é mais correto e inteligente. Também está relacionado a um pós-parto sadio para o binômio, podendo a puérpera dedicar-se inteiramente a este momento, uma vez que não passou por um procedimento cirúrgico, portanto, o pós-parto não será com dor.

O fator “dor” para as mulçumanas não foi visto como um elemento importante para a decisão da escolha do parto normal, parecendo ser bem aceita como parte do processo de parição. Segundo Sidumo et. al. (2010) a dor para as mulçumanas, segundo sua crença, é vista como algo predestinado. Há o entendimento que a dor é permissão de Ala. “Acredita-se que as causas da dor tenham explicações sobrenaturais ou religiosas sem qualquer referência a condições médicas ou fisiológicas” (SIDUMO, 2007, p. 32).

De maneira oposta, para as mulheres cristãs entrevistadas, pode-se observar que o elemento “dor” é importante, sendo inviável senti-la no trabalho de parto.

“Lá diferente, mulher quer médico pede, ela quer cesárea, faz cesárea, ela quer normal...faz normal. Difícil sair criança normal então pede cesárea, então é difícil muito, mulher não gosta normal nada. Fala pra médico eu quer cesárea e tá bom, mais rápido, então, mais generoso” (HAMAH).

“É diferente quando é parto normal de cesárea. Cesárea é mais fácil e normal é muito difícil” (ALEPO).

“Ah...tudo gostar de cesárea, é eu acho que isso, é mais fácil a gente não dá muito dor, não como aqui, lá dá anestesia geral, você não sente nada”(DAMASCO).

Sobre a escolha da cesariana, a fala de Kameshli, uma muçulmana, sugere também um componente econômico, talvez um marcador de *status* econômico superior.

“Pra mostrar marca eles rica, não são loucas, mas eles pensa ‘ah não tem dor’. Eu fui buscar nenê e volta pra casa e depois você sofrer” (KAMESHLI).

Outra característica importante relacionada a todo parto cesariana na Síria é o uso da anestesia geral.

“[...] não como aqui, lá dá anestesia geral, você não sente nada” (DAMASCO).

“Se ele quiser (marido), é porque lá as mulheres tomara anestesia geral, então não precisa, entendeu , ela não ...na sala só medico, enfermeiro, pq

ela tá dormindo entendeu? Aí sai do quarto acorda e aí ela vai ficar com ela”(DAMASCO).

“Não muito pouco tomar aqui, é anestesia geral...”(HAMAH).

Sobre o assunto escolha da via de parto, as mulheres Sírias relataram que em seu país tanto o pré-natal como o parto são realizados preferencialmente em serviços privados. Apesar de existir hospitais públicos na Síria, a assistência segundo as entrevistadas é muito ruim, o que as leva a buscar os serviços privados. Se compararmos o valor médio da cesariana no Brasil em relação à Síria, na Síria este procedimento é 10 vezes menor do que o valor cobrado no Brasil. Por isso, acaba por ser mais acessível à contratação desse procedimento, e parece ser um facilitador para a escolha da cesariana. Tal informação difere dos dados apresentados por Bashour (2006) em estudo onde informa que apenas 13,6% das mulheres Sírias fizeram cesárea.

“Lá é mais barato... Poucos filhos nasceram em hospital público, maioria particular...muito barato, todo mundo consegue...era, 20 mil lera só, 500 lera dá um dólar, tem hospital mais barato pouquinho, mais caro” (DAMASCO).

Em relação aos acompanhantes no parto, levando em consideração o cenário de parto cesariano, perde-se o sentido porque as parturientes submetidas a este parto com uso de anestesia geral, segundo seus relatos, não necessitam ter acompanhante, dado que ficam dormindo e acordam após meia hora depois do parto. Já no parto normal, há um predomínio da mãe e da sogra. Algumas mulheres referiram que preferem seus maridos, no entanto, relataram que poucos participam deste momento.

“Pode, pode, marido dela fala eu quero, eu não quero, eu não posso ver na dor. Tem pouco mulher que não quer nada, ninguém, porque eles não outra pessoa ver ela com dor”(AL-HASAKH).

Para as mulheres muçulmanas, o corpo é algo muito velado, sendo visto apenas por seu marido. Da mesma forma, os cabelos e outros elementos relacionados à beleza das mulheres são revelados apenas no domicílio, em lugares restritos e familiares. Quanto à assistência, seja ela no pré-natal ou no parto, há em sua grande maioria uma preferência para que o atendimento seja realizado por mulheres. No caso em que a escolha do profissional não for possível, as mulheres

sempre tem a companhia de um familiar no atendimento, para guardar o seu corpo, mas sempre vão se sentir constrangidas e tentando escondê-lo.

“Depende da liberdade da cabeça da mulher e marido dela. Quando eles mais religiosos vai mulher, tem um pouco quer homem, eu prefiro homem” (AL-HASAKH).

“Não acostumei, o primeiro nasceu com doutora, esse primeira vez. Na minha religião se necessário tudo bem, mas difícil pra mim porque não costuma” (TARTUS).

Em relação à roupa e Hidjab (lenço que cobre o rosto e o cabelo), segundo LIMA (2016) no Islã existem várias vestimentas utilizadas pelas mulheres muçulmanas e que são recomendadas pelo Alcorão, como o uso da burca, xador e o hidjab, que correspondem ao mesmo fundamento do uso do véu, entretanto a expressão religiosa é diferente em cada região. As mulheres muçulmanas sempre ficam vestidas no atendimento, e dependendo do serviço será permitido que continuem com o hidjab. Entretanto, quando não for possível, elas colocam a touca descartável do hospital para que ninguém veja seus cabelos.

“Para muçulmana é difícil porque mostra braço. Ela coloca, usa duas. Porque ela sentiu vergonha, na Arábia não pode ficar assim aqui com shorts”. (SAFITA).

“Sim. Para os muçulmanos, significa que essa mulher é muçulmana. Porque eles não gostam que mostre o corpo. porque eles não querem mostrar a beleza da mulher. Só para família” (HOMS).

“Então eu falar para você, tem que ter uma pessoa da família dela pra cuidar do corpo dela” (KAMESHLI).

“[...] Pode, e pede pra médico usar aquela touca” (HOMS.)

Os chás de canela e hortelã, além da tâmara são fatores importantes, relacionados ao trabalho de parto e parto, alívio da dor, dilatação e contração.

“Tâmara pode levar, tudo toma esse coisa, bom para estômago, pra corpo, ele fez contração mais, ele muito ajudando ela, ele ajuda na dilatação” (TARTUS).

“Gente fala mulheres cultura, primeiro tomar chá hortelã só que nascer nenê, esse dor forte de nenê nascer ajuda, se não tem dor forte pra nenê nascer sai dor de frio normal” (KAMESHLI).

“Sim. O chá tira a dor e ajuda nascer o nenê e também é bom pra quem é pobre de sangue” (KAMESHLI).

”Quando mulher entra nove meses pra ganha nenê rapidinho ela toma chá de canela” (KAMESHLI).

Na Síria, segundo observado nos relatos das mulheres, diferentemente do Brasil que existe um engajamento na humanização da assistência ao parto, porque tanto o trabalho de parto, como o parto são períodos com sentimentos e emoções diferentes; na Síria, a prioridade não está voltada para o momento do trabalho de parto e parto. Segundo os relatos das entrevistadas, não existe a diferenciação entre o trabalho de parto e parto. Elas entendem esse processo como um único período e momento. Para essas mulheres, o que é importante no evento nascimento é a presença da família, uma vez que grande parte dos membros familiares vai para o hospital e aguardam o nascimento. O cenário brasileiro, tem como suporte no trabalho de parto e parto, bola, rebozo, banho, etc. No cenário sírio, há a presença da família.

Assim, como foi relatada no pré-natal, a família exerce um papel fundamental, no cuidado e no parto, observa-se a “presença”.

“sim se sua mãe mora na mesma cidade sim, depende da família também, mas em geral a mãe da mulher e a mãe do homem, eles fala vamos para o hospital ela esta vai nascer o bebe e tudo família vai pra hospital” (AL-HASAKH).

“É, a maioria na Síria, por exemplo, todo mundo fica lá fora esperando o bebê nascer”(HOMS).

“Não, vai toda a família, mãe, sogra, cunhada, irmã, porque lá tem muita família. toda (risos..), sim para ajudar porque ela acorda um pouquinho dorme um pouquinho” (DAMASCO).

Na Síria, como em outros países principalmente o reino Unido, o tempo de internação no pós-parto é menor quando comparado ao Brasil (RATTENER, 2009). O tempo de internação na Síria é de até 24 horas após o parto normal e de 48 horas após o parto cesariana.

“Lá na Síria a gente fica só um dia”(ALEPO).

”Se nasceu normal, se foi de manha de tarde vai pra sua casa” (KAMESHLI).

6. 4.3 AL QUIMA: O valor na proteção da família no pós-parto

O pós-parto ou puerpério é entendido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que acontecem modificações no corpo após o nascimento, e expulsão da placenta, iniciando-se o período de amamentação (STRAPASSON, 2010).

Neste contexto, levando em consideração a cultura das mulheres sírias muçulmanas no pós-parto, ainda no ambiente hospitalar, é de responsabilidade do pai após o nascimento recitar no ouvido do recém-nascido uma oração relacionada à sua religião, o islamismo. Isso será feito na sala de parto ou o mais breve possível.

“O pai depois que criança nasce, ele fala uma coisa naaaa...ALA...só muçulmano reza assim, Ala back bar, Deus grande”(SAFITA).

“Sim, o pai dele, rapidinho ora com ele na orelha, rapidinho” (TARTUS).

“Não, não, só na hora do bebê nascer que os muçulmanos falam” (HOMS).

Não foi relatado pelas mulheres o contato pele a pele e amamentação após o parto. Culturalmente, quanto à assistência ao nascimento na Síria, os cuidados com os recém-nascidos não envolve o contato pele a pele, uma vez que estão “sujos”. Os recém-nascidos são levados após o parto para o banho e são vestidos com as roupas que a mãe levou para a maternidade. Somente depois de limpo o bebê é apresentado à mãe para seu cuidado.

“Não, não, eu falo sobre o banho. Aqui falam que precisa esperar 6 horas para o bebê tomar banho. Eu acho estranho, não sei porquê isso, eu estranhei, porque não tem isso no meu país” (HOMS).

“Não, mas estranhei. Eu queria pegar ele mais limpo, sabe? Eles o colocaram, na mesma hora no meu peito. Eles deixaram um pouco. Só levaram quando nasceu, pegaram ele, mediram e deram para mim. Achei muito legal” (HOMS).

“Foi legal. Só estranhei essa coisa do banho, mas depois de 6 horas eles o pegaram e deram banho perto de mim e colocaram roupa. Mas eu achei que ele sentiu frio antes do banho, ele estava sem roupa, só com cobertor em cima de mim” (HOMS).

Também faz parte dos cuidados oferecidos ao recém-nascido dar água com açúcar, principalmente àqueles que nasceram por cesariana, uma vez que a puérpera levará mais tempo para conseguir amamentar devido à recuperação do

anestésico. Segundo as mulheres sírias, dar água com açúcar ao recém-nascido evita que o mesmo fique amarelo¹⁸.

“Na síria eles dão água com açúcar um pouquinho porque dizer que tira cor amarelo, eles falam doce tira cor amarela, dá para todos melhor porque até ter leite é melhor”(DAMASCO).

“Na cesária não porque ela está dormindo, então dá para o bebê água com açúcar até ela acordar e aí dá o peito” (HAMAHA).

Sobre os cuidados com a mulher no pós-parto, é comum não tomar banho no período de internação. O banho de imersão só ocorrerá entre 5 a 14 dias, preferencialmente após uma semana e tem uma relação direta com a amamentação. A justificativa parece estar relacionado com a “proteção” do colostro, e evitar sua saída no banho. Parece que o banho precoce está relacionado com a perda do “leite amarelo” - o colostro - relatado por elas como muito importante para o bebê.

“Todo dia, bebê toma banho os 3 dias do hospital e eu fico depois 15 dias sem tomar banho em casa, para o leite, não pode cair água aqui para não sair o leite” (SAFITA).

“Lavar cabelo não, eles falar para só lavar daqui para baixo porque para leite amarelo não perder que é muito importante pra bebe, só depois de 5 dias” (AL-HASAKH).

A assistência à puérpera no pós-parto, segundo os relatos das entrevistas, é de responsabilidade da família, independente da forma do nascimento e da religião, o cuidado está presente neste momento através da mãe, da sogra, das irmãs, das cunhadas e do marido. Os familiares formam uma rede de cuidado e presença imediatamente após o nascimento, desenvolvendo um papel que nem mesmo é oferecido na assistência hospitalar e pelos profissionais. O cuidado a puérpera acontece desde o alojamento conjunto ou maternidade pelas mulheres da família. São elas que ajudam a puérpera na amamentação e cuidam do recém-nascido para que essas apenas descansem e se recuperem do parto.

“Não vai toda a família, mãe, sogra, cunhada, irmã...porque lá tem muita família, toda (risos), sim para ajudar porque ela acorda um pouquinho dorme um pouquinho” (RAWA).

“Enfermeira ensina a dar banho no bebe e lá na síria não tem isso, não porque lá na síria cada família é de um jeito e a mãe, sogra todas ajudam” (RAWA).

¹⁸Icterícia reflete uma adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina e é denominada de “fisiológica” na maioria dos neonatos. (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

E este contínuo hábito do cuidado familiar, segundo Strapasson (2010), apresenta-se como benefício e estratégia no auxílio à puérpera, para a superação das adversidades no cuidado ao recém-nascido. Isso favorece o desenvolvimento de sua própria competência e possibilidade de amadurecimento, desenvolvendo segurança frente ao papel da maternidade.

O resguardo ou quarentena é um período que corresponde diretamente ao pós-parto, segundo o dicionário o termo tem como um dos significados “guardar-se para evitar danos” (AURÉLIO, 2018). Em obstetrícia decorre desde a dequitação até que os órgãos reprodutores da mãe retornem ao seu estado pré-gravídico (STRAPASSON, 2010). Para as mulheres sírias é um momento muito significativo, o respeito à quarentena é muito valorizado. O foco na recuperação do corpo é levado de geração em geração, sendo fortalecido e possibilitado através da presença da família.

“Ela não pode fazer muito coisa mais forte para ela, pegar peso, limpar casa, fazer comida, não, só cuidar filho, porque mãe dela fica na casa” (DAMASCO).

“Também depende na família marido dela, tem a família, menina foi pra família dela 40 dias a ficar na casa, comida na cama dela e só amamentar o bebê dela” (AL-HASAKH).

“Só tem uma família, uma mãe, um marido que gosta dela. Ela dorme, tratamento uma semana pra corpo ficar forte. Pode sogra, pode irmã, pode cunhada, pode vizinha, deixa ela descansar” (KAMESHLI).

“Eles tentam muito cuidar da mulher para ela não ficar triste, eles acreditam que ela não pode ficar nervosa, nesse período difícil, precisa de muitas pessoas que ajudem”(HOMS).

A presença da família no pós-parto também engloba um cuidado rigoroso na alimentação desta puérpera. Nos primeiros dias as mulheres tomam muita sopa, aos poucos começam a oferecer uma comida mais consistente e que inclui carne, chocolates e etc. Os chás também foram citados como um elemento importante para a recuperação da mulher.

“Também é feito chá com castanha, com coisas temperadas, muito delicia , pede para bem vindo criança, para dar uma chocolate, uma bombom” (HAMAH).

“Enquanto criança vem, o chá ajuda no leite e ajuda a limpar o corpo da mulher depois do parto, gengibre, assis com castanha” (HAMAH).

Quanto a pergunta sobre o resguardo, foi unânime o entendimento a cerca do assunto, diferentemente de outros termos utilizados na entrevista, o resguardo para todas as entrevistadas cristãs e muçulmanas corresponde ao tempo que pode variar entre 30, 40 e até 70 dias, de acordo com o corpo de cada uma, significando que só retornará a atividade sexual quando o sangramento cessar.

“Quando você não tem mais sangue, uns 40 dias, 70 dias, depende da corpo da mulher, mas não antes de 40 dias” (AL-HASAKH).

As mulheres sírias em geral gostam de amamentar, entendem a amamentação como algo muito bom para seus bebês e para seu corpo.

“sim as mulheres gostam, eu dei mamá para filho um ano e 9 meses. Minha prima que esta aqui no Brasil a filha mama e tem 1 ano e 6 meses. Minha irmã não conseguiu porque não tinha leite” (DAMASCO).

“sim, porque a gente sabe se dá leite pra filho a gente ganha saúde também, pra cuidar do corpo dela, sabe beleza dela” (KAMESHLI).

Como esse período de pós-parto gira em torno da recuperação do corpo após o parto e adaptação desta mulher ao novo papel da maternidade, as visitas no pós-parto acontecem de forma ordenada, como uma prática de respeito neste período. Desta forma, é entendido que na primeira semana a mulher receba visitada somente de parentes mais próximos como, mãe, sogra e irmãs. Após sete dias as visitas podem ser mais amplas, incluindo outros familiares e amigos.

“Parentes mais próximo pôde, qualquer hora, mas os outros depois de uma semana” (TARTUS).

“Não depois de sete dias vem visita trazer presente para ela e para o bebe, depois de sete dias para ela se recuperar e vem toda a família, primo, prima, tio, tia, amigos dela” (DAMASCO).

Na cultura brasileira, como em muitos países, as mulheres fazem chá de bebê no final da gestação, considerado um evento típico, pode ser também popularmente conhecido como chá de cegonha e chá de berço. Neste evento a gestante recebe presentes para seu bebê que está para nascer, a festa é organizada entre o 6º e 8º mês da gestação. Já as mulheres sírias realizam a festa no pós-parto. Assim que a mãe se sente recuperada para isso, todos os familiares e amigos levam um presente para o bebê. Aos visitantes é oferecido um chocolate para agradecer a visita e trazer boa sorte. Dependendo do poder aquisitivo da família será preparado um cordeiro se

o bebê for menina, e dois cordeiros se bebê for menino, uma parte será consumida pela família e a outra parte oferecida aos pobres.

“Depois que a mulher fica boa, ela faz uma festa. Essa é a diferença daqui do Brasil, porque aqui vocês fazem chá de bebê antes. Nós fazemos depois. Família prepara tudo. Só pegamos presente para o bebê ou para a mãe depois do nascimento”(HOMS).

No caso de famílias muçulmanas também há um costume relacionado ao cabelo da criança, que será cortado de sete em sete dias e pesado. De acordo com o peso será oferecido um valor em dinheiro para uma família pobre.

“Tirar o cabelo com sete dias (...) não tenho certeza porque eu vou procurar pra você porque tem um objetivo. Mas pra mim homem você precisa fazer isso pra menino, menina não precisa,mas muitas pessoas que não vai fazer pra menino também, porque todo cabelo vai cair mesmo e pra mim é melhor porque cai no travesseiro, no cobertor (...) 7, 14, 21, 3 ou 4, esse cabelo você vai pesar e ter dinheiro para pobre pessoa” (AL-HASAKH).

“Menina vai ter um cordeiro e menino dois cordeiros, eu vou procurar pra ver porque precisa fazer isso sacrifício na religião, quando você tem dinheiro pode fazer , quando não tem dinheiro não precisa fazer esse cordeiro vai um pouco para você e sua família e outra pra pobre. Pra minhas filhas eu fiz nada na Arábia e fiz na síria, meu marido fazer pra pobre pessoa, porque pessoas na síria muito difícil pra eles” (AL-HASAKH).

Como apresentado no Quadro 5 a maioria das mulheres entrevistadas pariram no Brasil. Conforme descrito a respeito do cuidado no pós-parto pela família, essas mulheres referiram muita dificuldade em se adaptar ao pós-parto, uma vez que ficavam sozinhas nesse momento:

“A gente sofreu muito (...) não, foi esse problema mesmo (...) A gente conseguiu os benefícios, meu filho nasceu aqui com a cidadania brasileira, a vida melhorou. Mas também tem a parte difícil, que a gente está sozinha sem a família, o marido não ajuda muito, precisamos muito da família” (HOMS).

“40 dias não é preciso sempre dormir sem trabalho, mas, toma cuidado mais, eu depois de 3 dias eu trabalho sozinha eu fazer tudo coisa. É pra frio pra coisa que não é adequado pra ela” (TARTUS).

6.4.4 Al MUTHIF: O acolhimento na assistência obstétrica no Brasil

Grande parte das mulheres sírias entrevistadas chegou ao Brasil no final da gestação, no 7º mês, 8º mês e até 15 dias antes do parto. A maioria veio por conta da guerra, em busca de uma assistência mais segura e adequada para seu bebê. Dentre as nove entrevistadas, seis tiveram o primeiro filho no Brasil.

No primeiro bloco de perguntas sobre sua cultura na gestação e como funciona a assistência ao pré-natal na Síria, destacaram como ponto positivo ao atendimento no Brasil, o cuidado nas consultas de pré-natal e a preocupação com os exames.

“Sim. Eles fizeram todos os exames. Viram o que eu estava tomando, porque eu estava de 8 meses e fui toda semana para lá e falaram que se eu sentisse dor era para ir para um hospital. Para mim, eu acho que foi muito bom”(DAMASCO).

Na assistência ao trabalho de parto e parto, das nove mulheres entrevistadas, oito pariram no Brasil, não necessariamente o primeiro filho, dois mulheres tiveram o primeiro filho em outro país como Síria e Jordânia. Assim, foi possível trazer um olhar mais ampliado sobre as questões relativas à assistência oferecida em outros serviços de saúde.

As mulheres destacaram como ponto positivo no trabalho de parto e parto a presença de seus acompanhantes. No Brasil, segundo a portaria 1607/2005, toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05 (BRASIL, 2005).

Como na Síria o parto é visto como um espaço mais feminino onde a presença da mãe, irmã, cunhada é mais comum ao lado da parturiente, as mulheres sírias que pariram no Brasil em sua maioria foram acompanhadas por seus maridos, devido à falta dos familiares mais próximo ocasionadas em função da vinda ao Brasil.

“Então aqui no Brasil homem participa mais, lá não, nada. ele ficou o tempo todo comigo, sim, ele segura minha mão acho meia hora e depois de terminar tudo ele pega Isabella com médico para outra sala. ele ficou comigo 3 dias” (HAMAH).

A maneira como é realizado o procedimento do parto cesariana no Brasil, foi visto de forma positiva uma vez que na Síria a cesárea é realizada com anestesia geral, diferentemente do Brasil que utiliza anestesia raquidiana¹⁹ na maioria dos casos, possibilitando uma maior participação da parturiente no processo de parturição.

¹⁹A raquianestesia, é uma anestesia que decorrente da aplicação de um anestésico local no interior do espaço subaracnóideo e vem sendo utilizada com mais frequência do que a anestesia peridural para cesariana, devido a algumas vantagens, como: identificação mais simples do espaço subaracnóideo, menor dose de anestésico local, menor custo e menor latência, com conseqüente menor tempo de permanência na sala de operações (IMBELLONI, 2003).

“Seis horas ta tudo normal, escuta tudo, vê tudo, filho colocar ele perto de mim, lá não”(DAMASCO).

“A minha cunhada é português e entrou comigo para falar com médico e médico falar para ela agora cortar pele.... muito bom” (DAMASCO).

“Ela ter filho, médico fala muito com ela , ela não entendeu, ela só sorri. sim. Ela gosta porque filho nasceu e mandou para ela. Na síria mulher toma anestesia geral então ela não vê” (SAFITA).

“Pedi para o bebê ficar comigo e ficou num bercinho perto da cama, só se bebê nasce um mês antes que não. E então tranqüila porque aqui coloca bebê na câmara e eu ficar olhando para bebê” (DAMASCO).

O contato pele a pele, logo após o parto, foi destacado como ponto positivo, tanto em partos normais como em cesarianas. Conforme os relatos das entrevistadas foi potencialmente importante para elas conhecer seus bebês. Na assistência na Síria, mesmo nos partos normais os recém-nascidos são levados pelos profissionais e só são apresentados para as mães após tomarem banho e estarem limpos e vestidos. A OMS recomenda que após o nascimento, os recém-nascidos sem complicações façam o contato pele a pele com a mãe na primeira hora após o parto, para prevenir hipotermia e para estimular o aleitamento materno. O banho deve ser dado apenas 24 horas após o nascimento e, se isso não for possível por razões culturais, a OMS recomenda que sejam esperadas no mínimo seis horas de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

“Não, mas estranhei. Eu queria pegar ele mais limpo, sabe? Eles colocaram ele na mesma hora no meu peito. Eles deixaram um pouco. Só levaram quando nasceu, pegaram ele, mediram e deram para mim. Achei muito legal” (HOMS).

“Dá pra mãe dele rapidinho porque ele fica tranqüila e ela também. (...) lá médica limpa coloca a roupa e dá, mas eu gosto, porque não espera muito”. (TARTUS).

A assistência ao pós-parto no hospital também foi elogiada, porque na Síria a família exerce o papel do cuidado neste período, ajudando a mulher com a amamentação e com o cuidado com o recém-nascido e proporcionando o descanso da puérpera. Mesmo com a falta da família, as mulheres sírias se sentiram amparadas e acolhidas devido à atenção profissional e as informações recebidas para o cuidado com seu bebê e com seu corpo.

“Não precisa chamar mulher para ajuda, uma hora entra mulher, precisa de ajuda? Sozinha não precisa chamar ela, tudo meia hora, uma hora, quer alguma coisa, você tudo bem? Lá não, precisa chamar ela”(TARTUS).

“Enfermeira ensina a dar banho no bebê e lá na síria não tem isso, não porque lá na síria cada família é de um jeito e a mãe, sogra, todas ajudam” (TARTUS).

As mulheres muçulmanas relataram não sentir nenhuma dificuldade ou constrangimento pela maneira cultural de vestirem ao serem atendidas pelos profissionais no hospital:

”Pode e pede pra médico usar aquela touca” (AL-RASAKH).

“Não, ninguém pediu para tirar (Rijab). Eu tirei. Eles colocaram aquela touquinha. Essa coisa que mesmo que você usa para usar isso aqui, sabe? difícil tirar rápido assim...cultura de uma vida inteira” (HOMS).

“No hospital Santa Casa, pode ficar, pode usar dois camiseta pra cuidar do corpo e na cirurgia tira e coloca aquela touca de comida” (KAMESHLI).

Sobre a alimentação oferecida nos hospitais do Brasil, as mulheres que foram atendidas, mesmo com a restrição cultural do consumo de carne de porco, por exemplo, elogiaram o cardápio.

“Sim, porque eles colocaram manteiga com pão (risos) e a gente não come assim. Não achei a comida muito boa. Sim, mas não só isso: eles não deram coisas como bolachas para comer. Outra coisa: tinha porco na alimentação. Por exemplo, na hora de almoço deram porco e a gente não come, mas não tinha outra opção. Você fica sem”(HOMS).

“Eu gostou muito, porque é muito forte com ferro, beterraba, eles já da pra mim no hospital, feijão, arroz, sopa quente, purê, mais fácil para estomago dela, mais saudável, com fruta” (TARTUS).

“Igual. Sopinha...não estranhe porque casada a 15 anos e meu cunhado viaja lá para Síria e leva comida do Brasil e eu já conhecia um pouco, tipo feijão, a única coisa que me meu país tempero mais forte” (DAMASCO).

“Ela falou hospital publico comida mais gostosa que particular” (SAFITA).

Os hospitais públicos que atenderam as mulheres sírias na assistência ao parto foram muito elogiados por elas ao ser comparado aos hospitais particulares em seu país.

“Amparo maternal, muito bom , eu gostei muito, ficou 3 dias, não precisa nada para bebê, lá tem tudo, exame de cabeça, exame de sangue, tudo, tudo...muito cuidado lá eu gostei” (HAMAH).

“Muito, ele parece particular, estranho muito, parece particular, muito, muito gosto lá, só eu na quarto” (TARTUS).

“Hospital público bom mais do que no meu país, meu país tudo bem mas não tem no público tudo isso, mas particular perfeito”.(HAMAHA)

“Tudo coisa excelente mas eles trabalham muito devagar, vai, vai você precisa mais tempo mas eu não tenho problema eu tudo dar certo” ((AL-HASAKH).

“Não porque eles muito simpático, muito cuidando mesmo, se tem coisa na minha religião eles também coisa” (TARTUS).

Houve apenas uma entrevistada que não gostou da assistência ao parto no Brasil.

“Não, não gostei. Minha filha acordava no meio da noite chorando muito e eu chamava as enfermeiras e ninguém vinha para me ajudar. E também não fiquei os quatro dias no hospital, fiquei por volta de sete dias porque os pontos infeccionaram. Deixaram os pontos muito longe um do outro e neste espaço, inflamou” (ALEPO).

Como ponto negativo, as mulheres sírias relataram desconforto em realizar o exame de ultrassom obstétrico em local diferente da consulta de pré-natal, além de ter que agendar uma data para a sua realização, uma vez que na Síria, o exame é realizado em todas as consultas de pré-natal.

Segundo a OMS (2016), recomenda-se que seja fornecido um ultrassom antes de 24 semanas de gestação (ultrassom inicial) para estimar a idade gestacional (IG), melhorar a detecção de anomalias fetais, gestações múltiplas, reduzirem a indução do trabalho de parto para a gravidez pós-termo e melhorar a experiência gestacional. E um ultrassom de rotina após 24 semanas de gestação para identificar o número de fetos, a apresentação fetal e a localização da placenta se no ultrassom inicial não tiver sido feito.

“Aqui vai pra hospital pra fazer... olhar nenê, aqui cheguei grávida de 5 meses” (HAMAHA).

“Lá quando visita médico pode fazer toda vez “lco”, pra olhar nenê aqui não, eu passa todo mês na posto de saúde, ela só colocar aquele aparelho pra ouvir coração do bebê e depois ela deixa papel para ir para outro hospital... não aqui mais difícil” (HAMAHA).

Outro ponto negativo relatado por algumas mulheres foi o grande incomodo de ter que serem submetidas ao exame de toque – serve para avaliar a vagina e o colo do útero - nas consultas de pré-natal, principalmente as mulheres muçulmanas, com o agravante de o procedimento ser realizado por um profissional do sexo masculino muitas vezes. As entrevistadas referiram que na Síria não é comum o exame de toque no pré-natal. Segundo as recomendações da OMS sobre cuidados

pré-natais para uma experiência positiva na gestação, o exame de toque não foi citado entre as recomendações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

“Lá no meu país ele não fez exame de toque nada até ela nasce, porque tudo já entende esse maneira errado para o bebe. Aqui cada consulta fez esse exame, eu fala doutor, acha esse estranho, então quando uma amiga chega e diz porque ele fez isso, eu já fala é eles aqui , tudo, tudo já fica nervoso porque eles não entende nada, se ela precisa tomar cuidado gravidez difícil dela, quer toque anda , ela fica nervosa”. (TARTUS)

“Sim, procura sobre mulher (doutora), mais já foi embora não tem, é difícil pra mim, e também ele fica nervoso um pouco (marido), pergunta... porque, porque fazem isso”(TARTUS).

Para algumas entrevistadas, não poder escolher o tipo de parto foi sentido como algo negativo e muito impactante, principalmente para as sírias cristãs, onde é comum a prática do parto cesárea.

“Não, é...que no Brasil difícil porque quer cesária e médico fala não, eu precisa olha se tudo normal... sair nascer criança normal. Lá diferente, mulher quer médico pede, ela quer cesária, faz cesária,ela quer normal...faz normal. Difícil sair criança normal então pede cesária, então é difícil muito, mulher não gosta normal nada, fala pra médico eu quer cesária e ta bom, mais rápido, então mais generoso” (HAMAH).

O valor da assistência ao parto no Brasil em hospitais particulares foi visto como um ponto negativo, principalmente pelas sírias cristãs, uma vez que o custo da assistência no Brasil foi em média 10 vezes mais caro que na Síria, levando algumas famílias a pesquisarem uma assistência que caberia em suas rendas.

“Aqui no Brasil mais ou menos... eu... (Hospital) ,por exemplo, e...(hospital particular) é muito caro pra síria” (AL-HASAKH).

“Aqui no Brasil particular muito caro, 13 mil”. (HAMAH)

“Minha prima, e perguntar pelo amor de Deus para fazer cesárea e ela só trazer pouquinho 4 a 5 mil reais, no hospital (...), porque no hospital. (...) muito caro meu cunhado que pagar para mim e (...) hospital, falar que é 20 mil reais. Coitada, não dá” (DAMASCO).

Outro ponto negativo, mais voltado para a cultura muçulmana foi o atendimento por profissional homem. Isso foi extremamente ruim, principalmente quando havia muitos alunos de medicina que viam seu corpo exposto e realizavam o exame de toque. Os corpos dessas mulheres foram exageradamente expostos várias vezes, causando um grande desconforto.

“Ele (medico) fala pra mim mexe, mexe, depois fala pra mim, vira do outro lado, então muito difícil, depois chefe foi embora e depois mais 15 pessoas olhando isso, muito difícil pra mim , muito não eles falar deixar rijab e como você quer. (parte de baixo) não todo mundo viu, eu não costuma nada. Esse foi o primeiro filho que isso aconteceu” (TARTUS).

“Não acostumei, o primeiro nasceu com doutora, esse primeira vez, na minha religião se necessário tudo bem, mas difícil pra mim porque não costuma” (TARTUS).

“É que eram todos estagiários, não apareceu nenhum médico. E duas enfermeiras fizeram força na minha barriga para nascer. Me colocaram numa cama com um pé de um lado e outro do outro. Subiu uma de um lado e outra do outro e fizeram força na minha barriga para minha filha nascer”(ALEPO).

O tempo de internação também foi visto como um ponto negativo, pois no Brasil é de 48 horas, contrapondo a assistência ao parto normal na Síria que é em torno de 12 a 24 horas. Por isso, este período causou muita estranheza para as mulheres que tinham filhos pequenos em casa, os quais ficavam com parentes ou com o marido, deixando-as muito preocupadas.

“tem uma coisa que não gostou porque quer sair do hospital antes de três dias porque eu tem filha, essa primeira filha mais velha ela fica com o pai dela e eu quer ver, eles não consegue muito, só uma hora por dia, ele não pode deixar ela comigo mais tempo” (SAFITA).

“24 horas, deixa eu ver.... acho que 12 horas”(TARTUS).

“Se nasceu normal, se foi de manha de tarde vai pra sua casa” (KAMESHLI).

A circuncisão realizada nos recém-nascidos do sexo masculino para as famílias muçulmanas é importante, segundo os relatos, é realizado por um clínico geral muçulmano com anestésico local em uma clínica ou no hospital. A circuncisão tem um grande significado relacionada à higiene da criança e a sua identidade. No Brasil as famílias sírias muçulmanas tiveram dificuldade em serem informadas e encontrar um local que pudessem realizar este procedimento. (LIMA, 2016).

“Com médico muçulmano Libanês em (nome da cidade), aqui tem religião outro que faz isso” (TARTUS).

“Não, só depois de uma semana que fazem a cirurgia dos meninos para tirarem aquela pelinha (circuncisão)... Normalmente, fazem na primeira semana para eles não sentirem muita dor. Mas aqui ele (Taim) sofreu muito, porque eles não fazem essa cirurgia, só depois de 1 ano” (HOMS).

Sobre o idioma, foi relacionado como ponto negativo, porque as mulheres que pariram no Brasil eram recém chegadas no país e não conheciam o português. E em contrapartida, os profissionais que as assistiram também não falavam o inglês, que é a segunda língua falada na Síria.

Sob o panorama legal, tanto a respeito da legislação federal - Lei da Migração de 2017- quanto a nível municipal - Lei 16. 478 de 2016 - que instituiu a Política Municipal para a População Imigrante cabe destacar que ambas as leis citadas foram aprovadas antes da eleição de 2018. Elas contribuíram para garantir aos imigrantes o acesso aos direitos sociais e serviços públicos, assim como a garantia do respeito à diversidade e do acesso universal à saúde. Também constitui a formação de agentes públicos voltados a interculturalidade e línguas nos serviços públicos que atendem esta população, a lei também institui que haja mediadores culturais nos serviços públicos com maior fluxo de imigrantes afim de auxiliar na comunicação entre profissionais e usuários. (SÃO PAULO, 2016; BRASIL, 2017).

“Não, não tinha alguém que falava inglês lá.: Eles tentaram muito... Só na hora da cirurgia tinha. O problema é que não tem muitas pessoas que falam inglês, esse é o problema! Porque às vezes a pessoa, as mulheres, a família, querem explicar alguma coisa e não dá. Muito poucas pessoas (falam inglês)...Precisa de alguém que fale inglês no hospital...Ou árabe (risos)” (HOMS).

Para as mulheres sírias a família tem muito valor, e tê-las perto e participando de um momento tão sublime e importante como a chegada de um bebê é fundamental para elas. Através das entrevistas, foi possível perceber a solidão vivida por elas no pós-parto, mesmo com a presença do marido e filhos. A saudade de sua terra natal e dos seus familiares e amigos era algo que as deixava muito triste. Muitas relataram a vontade de voltar, ou ao menos levar seus bebês para que suas mães e familiares o conhecessem.

Mesmo com as comparações culturais e adaptações que fazem parte do cotidiano daquelas que migram as mulheres sírias não conseguem entender como as brasileiras lidam com um pós-parto tão solitário.

“Aqui no Brasil mulher fica sozinha por tem mulher pouca com marido e desse tipo e também esse período grávida o marido abandona ela” (TARTUS).

O impacto de não estar no seio familiar, principalmente no pós-parto em que estas mulheres dependem totalmente de sua família, desde o marido, mãe, sogra,

até cunhadas, dentro de uma cultura que valoriza o resguardo, foi apresentado através das falas sobre a falta e a solidão. Abmed et. al. (2017) concluíram em seu estudo que a depressão materna é uma característica importante entre as mulheres refugiadas sírias, e que para evitar esta situação é preciso que estejam com suas famílias. Sugerem ainda envolvê-las em programas de suporte culturalmente apropriados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscamos conhecer elementos culturais da gestação, parto e nascimento de mulheres imigrantes e/ou refugiadas sírias. As vozes das entrevistadas trouxeram ecos da cultura de um país milenar. Estas mulheres vieram das principais cidades da Síria e falaram de uma perspectiva mais urbana e de uma cultura possivelmente de grupos com maior poder econômico.

Os relatos indicaram que a experiência da gestação, parto e nascimento na cultura síria é fortemente enraizada nos valores familiares e religiosos, mantendo um vínculo fortíssimo com a tradição de cuidado da familiar na gestação, com a presença da família no parto e como rede de apoio no pós-parto. Em contraponto, a assistência obstétrica na gestação e parto, conforme as entrevistadas são centradas no modelo biomédico. Ao mesmo tempo, relatam manutenção de práticas alimentares, como o consumo da tâmara na gestação e para facilitar o parto, a oferta do assado de cordeiros para a família e para os pobres em comemoração ao nascimento do bebê, o corte dos cabelos do bebê, são exemplos das práticas culturais que sobrevivem ao tempo e atravessam as fronteiras dos países.

As diferenças relativas à assistência obstétrica na Síria e no Brasil se enredam nas escolhas da via de parto, nos costumes, na forma de se vestir, na exposição do corpo nos serviços de saúde e na própria condição de imigrante, acrescidas a chegada recente, pois muitas estavam no Brasil há poucos meses. Nas falas das mulheres sírias entrevistadas, foi possível perceber o quanto é difícil estarem em outra nação, migrar compreende em escolhas difíceis que repercutem no distanciamento de seus laços familiares e de sua cultura e se torna impactante pela falta do apoio familiar no pós-parto, pois consideram a cultura síria muito mais acolhedora nesta fase da vida desta mulher.

No Brasil, apesar de preconizado a necessidade de reconhecer os diferentes valores culturais, as crenças, as expectativas em relação à gravidez, parto e nascimento, para a promoção da individualização do cuidado, infelizmente a prática se encontra distante disto. (BRASIL, 2014). O termo “*humanização*”, ou a “*assistência humanizada*” que foi a inquietação inicial deste trabalho, é reconhecido há mais de 25 anos, porém, segundo afirma DESLANDES (2005) seu impacto é apenas um entendimento do seu coletivo de formuladores e que somente se realizará se for tomado como um modo de gestão, como uma *práxis* para realizar a

atenção em saúde, carecendo de estratégias para a reprodução e concretização deste modelo, a politização do estatuto da pessoa e do sujeito e de um reconhecimento e respeito a outros e seus distintos referenciais culturais.

Vale qualquer desafio e atitudes de compaixão para entender e respeitar a cultura das mulheres imigrantes em sua saúde obstétrica, a fim de minimizar as repercussões do processo migratório e de adaptação cultural, frente ao motivo de deslocamento. É imprescindível também que os profissionais de saúde considerem em suas práticas os sentidos culturais, assim como a valorização das políticas públicas e os importantes norteadores da Política Nacional de Humanização que “busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (BRASIL, 2013 p. 3). Considera-se então que levar em conta os elementos culturais na assistência à saúde e mais especificamente na assistência obstétrica das mulheres sírias, poderá contribuir efetivamente para uma assistência humanizada culturalmente sensível.

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA. **O julgamento das nações**. Tradução de João Ferreira Almeida. Belo Horizonte: Atos, 2002. 1346 p.

AGÊNCIA EFE. ONU diz que abusos foram feitos por todos os envolvidos no conflito da Síria. UOL NOTÍCIAS [Online]. 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/efe/2018/03/15/onu-diz-que-abusos-foram-feitos-por-todos-os-envolvidos-no-conflito-da-siria.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

AGUIAR, B. S.; NEVES, H.; LIRA, M. T. A. M. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise**. Ano 10, n. 13, dez. 2015. 49 p. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

AHMED, A.; BOWEN, A.; FENQ, C. X. Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, s. l., v. 17, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738869>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

AKHAVAN, S. Midwives views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. **International journal for equity in health** [Online], Sweden, v. 11, nº 47, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900923>>. Acesso em: 9 jul. 2019.

ALCORÃO. Society of the Revival of Islamic Heritage. Tradução do sentido do Nobre Alcorão para a língua portuguesa por Helmi Nasr. São Paulo, sem data.
ALESSIO D. V. **Os cinco Órfãos**. São Paulo. Dialeto Latin American Documentary, 2005.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS (ACNUR). Refugiados ou imigrantes? O ACNUR incentiva a usar o termo correto. **ACNUR** [Online]. 2015. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2015/10/01/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

AURÉLIO. **Significado de resguardo**. Dicionário. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/resguardo#>. Acesso em: 07 jun. 2019.

BAENINGER, R.; FERNANDES, D. (Coord.) **Atlas Temático**: Observatório das Migrações em São Paulo: Migração e Refúgio. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018.

BASHOUR, H. Syrian Women's Preferences for Birth Attendant and Birth Place. **U.S. National Library of Medicine**. National Institutes of Health. S.I., v. 32, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1457105/>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BAUER, L. Multiculturalidade, Transculturalidade, Interculturalidade. **Revista Construção psicopedagógica**, v. 26, 2016, p. 21-36.

BERTINO, M., J. Refugiados no Brasil: Reflexões acerca do processo acerca do processo de integração local. **REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 22, n. 43, 2014, p. 85-98.

BERTOLOZZI, M.R.; NICHATA, L.Y.I.; CIOSEK, S.I.; HINO, P.; VAL, L.F. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, 2009, p. 1326-30.

BRAG, G. R. Maternal Health and vulnerable migrants. **Lancet**, v. 371, 2008, p. 879-81.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: 2005. Disponível em: <<https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=86025>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF. 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6815.htm>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). **Caminhos do refúgio**. Número de concessões de refúgio no Brasil. 2015. Disponível em: <<http://caminhosdorefugio.com.br/tag/comite-nacional-para-os-refugiados/>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). **Refúgio em números**. S.I.: CONARE, 2018. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Manual prático para implementação da rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 22 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRONING, M. The Sturdy House That Assad Built. **The Foreign Affairs**. 2011. Disponível em: <<https://www.foreignaffairs.com/articles/syria/2011-03-07/sturdy-house-assad-built>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BUENO, A., M. **Representações discursivas do imigrante no Brasil a partir de 1945**. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Linguística. Área de concentração: semiótica e lingüística geral.

BULMAN, K. H.; McCOURT, C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: A case study. **Journal of Critical Public Health**, v. 12, 2002. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0958159021000029568>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

CABRUJA, T., INIGUEZ L.; VASQUEZ F. Cómo construimos El mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. **Anàlisi**, v. 25, 2000, p. 61-94.

CAMACHO, K. G., VARGEM, O. M. C., PROGIANTE J. M., E SPINDOLA T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência y Enfermería**. Concepcion, v. 16, 2010.

CARPES, F. F., RESSEL, L. B., STUMM, K. E. Assistência pré-natal sob a ótica de gestantes e familiares. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n.2, p. 41-48, jul./dez. 2016.

CASTRO, C. M. Desafios para o cuidado na atenção ao parto das mulheres imigrantes. In: TAMANINI M et al. (org). **O cuidado em cena: desafios políticos, teóricos e práticos**. Florianópolis: UDESC, 2018.

CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (UNRIC). Números de imigrantes continua a aumentar. Centro Regional de Informações das Nações Unidas (UNRIC) [Online]. 2019. Disponível em: <<https://www.unric.org/pt/actualidade/32376-numero-de-migrantes-continua-a-aumentar>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CHOI K, J. A imigração coreana na cidade de São Paulo. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, São Paulo, v. 40, p. 233-238, 1996.

CHU, C., M., Y. Postnatal experience and health needs of Chinese migrant women in Brisbane, Australia. **Journal Ethnicity& Health**, v. 10, 2005.

CONSON, I. R. M. **Os estados frágeis e os Movimentos Migratórios: a guerra civil na Síria**. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Relações Internacionais. Florianópolis, 2017.

DAL'MAS, I. **Da colonização à imigração no Brasil**. 1º Ed. Editora Hamburg. Ano n/d.

DAVIS-FLOYD, R. D. "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". In: **International Journal of Gynecology& Obstetrics**. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November, 2000, p. 5-23.

DESLANDES S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>>. Acesso em: 15 de jun. 2019

DIAS, S. F., ROCHA, C.F. HORTA R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: Um estudo qualitativo. Lisboa: **Alto comissariado para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI)**; 2009.174 p.

ECCLESIA. Síria: Papa pede cessar-fogo e denuncia conflito desumano. **Ecclesia** [Online] 2018. Disponível em: <<https://agencia.ecclesia.pt/portal/siria-papa-lanca-apelo-a-cessar-fogo-e-denuncia-conflito-desumano/>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

FREITAS, S. M. **Falam os Imigrantes: Memórias e diversidade cultural em São Paulo**. 2001. 189 f. Tese (Doutorado em História Social). Universidade de São Paulo, 2001.

GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO (Portugal). **Comité para a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias**. 2013. [online]. Disponível em: <<http://gddc.ministeriopublico.pt/pagina/direitos-humanos?menu=direitos-humanos>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

GEERTZ, C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito do homem. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

GOMES, V. R. R., ANDRADE S. R. Mitos, Símbolos e o Arquétipo do Herói. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 11, n. 2, p. 139-147, 2009.

GUALDA, D. M. R., LIMA E. N. **Nascimento**: Perspectivas Antropológicas. São Paulo: Ícone, 2017.

HAJJAR, B. **Para ler a guerra na Síria**: a construção do consenso na cobertura da mídia global. 2016. 159 f. Dissertação (mestrado em ciências), Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

HEISLER, M. D. M.; BAKER, B. A. E.; MCKAY, M. S. D. Attacks on Health Care in Syria — Normalizing Violations of Medical Neutrality? *The New England Journal of Medicine* [Online] 2015. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1513512>>. Acesso em: 28 mai de 2019.

HOPPE, M., GRAHAM, L., WILSDON, A., WELLS, E., NAHOM, D. e MORRISON, D. Teens speak out about HIV/AIDS: Focus group discussion about risk and decision-making. **Journal of Adolescent Health**, v. 35, n.4, p. 345-346, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**: migração e deslocamento, resultados da amostra. Rio de Janeiro, IBGE, 2003. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/88/cd_2000_migracao_deslocamento_amostra.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2018.

JANSSENS, K.; BOSMANS, M.; TEMMERMAN, M. **Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe**. Ghent: ICRH, 2005.

JOLLY, S. REEVES, H. **Gender and Migration**: Overview Report. Brighton: Institute of Development Studies, 2005.

JORDAN, B. Authoritative Knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R.: SARGENT, C. F. (ed.). **Childbirth and authoritative Knowledge**: cross-cultural perspectives. Berkeley: University of California, 1997.

JORDAN, B. **Birth in four cultures**. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4ª ed. Illinois. Waveland, 1993.

JORDAN, B. **Birth in four cultures**: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 2ª ed. Montreal: Eden, 1978.

JUNG, Carl G. **O Homem e seus Símbolos**. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1998.

KANAS, G. O. **Cidadania e migrações**: imigrantes no Conselho participativo Municipal. 2018. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.

KURAMOTO, C. **Assistência ao parto de mulheres imigrantes**: a vivência do enfermeiro obstetra/obstetriz. Ribeirão Preto. 2016. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde pública), Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LACERDA, J.M.A., SILVA A.S., NUNES R.V.G.N. O caso dos refugiados sírios no Brasil e a política internacional contemporânea. **Revista de estudos internacionais (REI)**, v. 6, 2015.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 18ªed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

LIMA, K. C. O. **Assistência de saúde às mulheres muçulmanas no Brasil**: Uma análise da relação entre o sistema religioso islâmico e a política nacional de atenção integral a saúde da mulher. 2016. Dissertação (Ciência da Religião), Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

LOUREIRO, G. Como vivem os refugiados no Brasil. **Exame** [Online], 2014. Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/2014/02/23/como-vivem-os-refugiados-sirios-no-brasil_a_21666096/>. Acesso em: 14 mai. 2018.

MARINUCCI, R. Breve panorama das migrações internacionais, entre 1980 e 2005. **Centro Scalabriano de estudos migratórios**[Online], 2005. Disponível em: <https://www.csem.org.br/wp-content/uploads/2018/08/roberto_marinucci_migracoes_contemporaneas_de_1980_a_2005.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2018.

MARTIN, D., GOLDBERG A., SILVEIRA C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.

MENDONÇA, H. Com 40.000 venezuelanos em Roraima, Brasil acorda para sua “crise de refugiados”. **El País** [Online]. 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/02/16/politica/1518736071_492585.html>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MINAYO, M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Centro Latino-Americano de estudos de violência e saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2012.

MINAYO, M. Metodologia de Pesquisa. Um tema, um objeto, ou um problema de investigação. Petrópolis: **Vozes**, 2007.

MORAES, R. C.; BLUME, B. A. O Brasil e a crise dos refugiados. **Politize** [Online]. 2016. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/o-brasil-e-a-crise-de-refugiados/>>. Acesso em: 15 mai. 18.

MORGADO, A.C. As múltiplas concepções da cultura. **Múltiplos Olhares em Ciência da Informação**, v. 4, n.1, mar. 2014.

MORO, M. R. Psicoterapia Transcultural da migração. **Psicologia USP**, São Paulo, v 26, n.2, p.186-192, 2015.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. ACNUR pede por mais reassentamento depois da morte de 160 pessoas no Mediterrâneo. **Nações Unidas Brasil** [Online]. 2017. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2018/01/12/acnur-pede-por-mais-reassentamentos-a-refugiados-depois-da-morte-de-160-pessoas-no-mediterraneo/>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Direitos humanos. Mundo tem 232 milhões de migrantes internacionais, calcula ONU. Nações Unidas Brasil [online]. 2013. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tem-232-milhoes-de-migrantes-internacionais-calcula-onu/>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Estatuto do Refugiado. Séries: Tratado da ONU, Nº 2545, Vol. 189, p. 137. **ACNUR** Adotada em 1951. Disponível em: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf?view=1>. Acesso em: 23 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Glossário sobre migração**. Genebra: OIM, 2009. 90 p. Direito internacional sobre migração, n. 22. Disponível em: <<https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: OMS, 2016.

PAIVA, O., C. Migrações internacionais pós segunda guerra mundial: a influência dos EUA no controle e gestão dos deslocamentos populacionais nas décadas de 1940 a 1960. **Encontro Regional de História 19**, 2008.

PERES, E. P. A inexistência da terra firme – A imigração galega em São Paulo (1946-1964). São Paulo: **EDUSP**, 2003.

PONTES, H. Durkheim: uma análise dos fundamentos simbólicos da vida social e dos fundamentos sociais do simbolismo. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 3, n. 3, p. 89-102, 30 mar. 1993.

POTTER J., WETHEREL L. M. **Discourse and social psychology**: beyond attitudes and behaviour. London. Publication 1987.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Direitos humanos e cidadania. **Decreto nº 57.533, de 15 de dezembro de 2016**. Regulamenta a Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016, que institui a Política Municipal para a População Imigrante. São Paulo, 2016.

Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/ATAS/Decreto%2057533-2016%20-%20Regulamentacao%20PMPI.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

PUCCI, F. M.S. **A integração dos refugiados sírios em São Paulo**. 18º Congresso Brasileiro de Sociologia 26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

QUEIROZ, L. F. M. **Os novos nômades globais, a nova migração do século XXI**. 2012. 53 p. Monografia (Licenciatura em Geografia com habilitação e licenciatura em Geografia), Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

RATTERNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (ReHuNa). Quem somos. **ReHuNa** [Online], 1993. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

REENCONTROS. A Síria. **Reencontros** [Online]. 2012. Disponível em: <<http://reencontros-dinamc.blogspot.com.br/2012/02/siria.html>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

RODRIGUES, R. A., STREY M. N., ESPINOSA L. C. Marcas do Gênero nas migrações internacionais das mulheres. **Psicologia&Sociedade**, v. 21, p. 421- 430. 2009.

SIDUMO, E. M. Na investigation into the Saudi Arabian cultural Knowledge among non-muslim nurses working in the obstetric units. 2007. 107 f. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde), The University of South Africa, África do sul.

SIDUMO, E.M.; EHLERS, V.J.; HATTINGH, S.P. Cultural knowledge of non-Muslim nurses working in Saudi Arabian obstetric units. **Curationis**, 2010.

SILVA, S. A. Bolivianos em São Paulo: dinâmica cultural e processos identitários. In: BAENINGER, R. (Org.). **Imigração boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. p. 19-34. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Departamento de Neonatologia**. Icterícia no recém-nascido com idade gestacional > 35 semanas. Documento científico, Rio de Janeiro, 2012.

SORMATI, M., PEREIRA, L., EL-BASSEL, N., WITTE, S. e GILBERT, L. The role of community consultants in designing HIV prevention intervention. **AIDS Education and Prevention**, v. 13, p. 311-328, 2001.

SPINK, M. J. P. et al. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 63-92.

STRAPASSON M. R., NEDEL, M. N. B. Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, p. 521-8, Porto Alegre, 2010.

TONINI, S.C.C.L. **Saúde da população síria: Percepções dos profissionais da Atenção Primária a Saúde da Supervisão Técnica de Saúde da Mooca no Município de São Paulo**. 2018. 98 p. Mestrado (Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2018.

U.S. DEPARTMENT OF STATE. Diplomacy in action. International Religious Freedom Report. **U.S. Department of state** [Online]. 2006. Disponível em: <<https://2009-2017.state.gov/j/drl/rls/irf/2006/>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

UNITED NATIONS POPULATION FOUND (UNFPA). A state of the world population: **A passage to hope**. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

VACCOTTI, L. (Cord.) **Migrações regionais na cidade de São Paulo**. Buenos Aires: Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH) do

MERCOSUL, 2017. 166 p. Disponível em: <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/Migrantes-regionales-en-San-Pablo_PT-1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

VELASCO, C.; MANTOVANI, F. Em 10 anos, número de imigrantes aumenta 160% no Brasil, diz PF. Só em 2015, quase 120 mil estrangeiros deram entrada no país. Haitianos lideram o ranking atual, seguidos pelos bolivianos. **G1** [Online], São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2016/06/em-10-anos-numero-de-imigrantes-aumenta-160-no-brasil-diz-pf.html>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

WEISSMANN L. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Revista Construção Psicopedagógica**, v. 26, p. 21-36, 2018.

WOLFF, H.; EPINEY, M.; LOURENCO, A.; COSTANZA, M.; DELIEUTRAZ-MARCHAND, J.; ANDREOLI, N.; DUBUISSON, J.; GASPOZ, J.; IRION, O. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. **BMC Public Health**, v. 8, p. 93-103, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal Mortality in 2005**: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. 2007. Disponível em: <https://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO, 2018.

ZWANE, I. T.; MNGADI, P. T.; NXUMALO, M. P. Adolescents' view son decision-making regardsky sexual behavior. **International Nursing Review**, v. 51, p. 15-22, 2004.

APÊNDICE A**Roteiro de entrevista – Identificação da Participante**

Data da entrevista:_____

Colaboradora:_____

Data de Nasc.:_____ Estado Civil:_____

País de origem:_____ cidade:_____

Quando tempo reside no Brasil:_____

Religião:_____ Escolaridade:_____

Profissão:_____

Paridade: G __ A __ PC__ PN__.

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista - Aspectos culturais da gestação, parto e pós-parto.

1- GESTAÇÃO

1.1 Pré-Natal

- A - Conte-me como foi sua gestação/ Pré-natal;
- B – Consultas, remédios e outros cuidados;
- C – Conte sobre que é característico em sua cultura quando a mulher engravida.

2 - TRABALHO DEPARTO

2.1 Características histórico-culturais do trabalho de parto:

- A- Como que é o trabalho de parto no seu país?
- B- Existe algum rito, crença religiosa que compõe este período de trabalho de parto?
- C- Existe algum significado importante do trabalho de parto em sua cultura?

2.2 Caso tenha tido filhos em algum hospital no Brasil

- A- Gostaria que você contasse como foi o seu trabalho de parto no Brasil
- B- Há algo que você gostou e/ou que você não gostou neste atendimento?
- C- Se você pudesse mudar alguma coisa, o que mudaria? (indagar sobre profissionais, procedimentos e local)

2.3 Características histórico-culturais: Alimentação, Ambiente e Vestimentas:

- A- Eu gostaria de saber sobre como é o trabalho de parto na sua cultura. A mulher comer alimentos no trabalho de parto? Quais são comuns?
- B- Como costumam se vestir?
- C- Em sua cultura usa-se algum objeto para ajudar no trabalho de parto?

- D- Existe em sua cultura uma caracterização ou modificação do ambiente para o trabalho de parto?

2.4 Alimentação, Ambiente e Roupas: Caso tenha tido filhos em algum hospital no Brasil

- A- O que achou dos alimentos oferecidos durante o trabalho de parto?
B- O que achou do ambiente oferecido neste hospital durante seu trabalho de parto?
C- E das roupas oferecidas durante o seu trabalho de parto?

2.5 Características histórico-culturais: Presença do Acompanhante:

- A- Em sua cultura quem acompanha a mulher no trabalho de parto?
B- Essa escolha tem algum significado cultural?
C- Qual o papel da família no trabalho de parto?

2.6 Presença do acompanhante: Caso tenha tido filhos em algum hospital no Brasil

- A- Você foi informada sobre a presença de acompanhante?
B- Você teve algum acompanhante em seu trabalho de parto? Quem?

3. PARTO

3.1 Características histórico-culturais: Parto

- A- Qual é a preferência em sua cultura para a escolha do tipo de parto, cesariana ou normal? Existe algum significado nesta escolha?
B- No parto normal, qual é a posição de escolha para parir e o local?
C- Existe algum ritual ou costume em sua cultura para hora em que o bebê está para nascer?

3.2 Parto: Caso tenha tido filhos em algum hospital no Brasil.

- A- O que achou da assistência oferecida a você na hora do parto?
- B- O que achou dos procedimentos oferecidos na hora do parto? Ex: episiotomia e etc?

4. PÓS-PARTO IMEDIATO

4.1.Características histórico-cultural: Pós-parto imediato:

- A- Em sua cultura o que deve acontecer como bebê logo após o nascimento?
- B - Existe algum habito cultural que acontece após o nascimento como: Limpar, embrulhar, ficar no colo da mãe e etc.? e com a mulher, existe algum costume?
- C- Em sua cultura, a puérpera amamenta após o parto imediato?
- D –Em sua cultura a placenta tem algum significado?O que é feito com ela?

4.2. Pós-Parto Imediato: Caso tenha tive filhos em algum hospital no Brasil:

- A- O que achou da assistência oferecida na sala de parto após seu parto? E para seu bebê?

5. PÓS PARTO

5.1. Características histórico-culturais – Puerpério:

- A- Sobre locomoção, alimentação e cuidados higiênicos (Banho), como que isso se dá em sua cultura?
- B- Sobre a amamentação, existe algum costume característico de sua cultura?
- C- Sobre o resguardo, existe hábito cultural?
- D- Existe algum costume em sua cultura sobre o cuidado com o recém-nascido?

5.2 Pós parto: Caso tenha tido filhos em algum hospital no Brasil:

A- Como foi a assistência oferecida neste hospital em relação aos primeiros cuidados com você e seu bebê?

ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

Saúde
Ministério da Saúde

principal
sair

Pública
Pesquisador
Alterar Meus Dados

SAMANTA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA - Pesquisador | V3.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 30min 48

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A cultura no parto: as vozes das mulheres sírias
Pesquisador Responsável: SAMANTA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 79395317.9.0000.5390
Submetido em: 27/10/2017
Instituição Proponente: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_30111005

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1

- Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão
 - Declaração de Instituição e Infraestrutura
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Sub
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investig
 - TGE / Termos de Assentimento / Justif
 - Apreciação 1 - USP - Escola de Artes, Ciênc
- Projeto Completo

Nome do Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE APECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	SAMANTA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA	1	27/10/2017	17/11/2017	Aprovado	Não	

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Título do Projeto:**

**A cultura na gestação, parto e nascimento: as vozes das mulheres
imigrantes sírias**

Pesquisadora responsável: Samanta Ribeiro Oliveira da Silva

Mestrando em Mudança Social e Participação Política pela
EACH/Universidade de São Paulo – USP/Leste

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Lar Sírio Pró-Infância

Informo que sou aluna pesquisadora do Curso de Mestrado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – SP/Leste. Estou nesta instituição para desenvolver uma pesquisa sobre **“A cultura na gestação, parto e nascimento: vozes das mulheres imigrantes sírias”**.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer os aspectos culturais do pré-parto, parto e puerpério das mulheres imigrantes sírias, a fim de garantir uma assistência obstétrica integral respeitando os aspectos culturais destas mulheres.

Para que estas informações possam ser obtidas, a Sra. está sendo convidada a participar dessa pesquisa, respondendo as perguntas que será aplicado por mim. Assim, peço sua autorização para coletar as informações através desta entrevista.

Garantimos que sua identidade será mantida em sigilo e os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa, seja para propósito de publicação científica ou educativa.

Informamos que nesta pesquisa os riscos são mínimos, exceto o possível desconforto em responder ao questionário, e os resultados encontrados poderão beneficiar o atendimento a gestação, parto e nascimento e contribuir para a uma assistência à mulher imigrante adequada à sua cultura.

Sua participação neste trabalho é muito importante, porém, voluntária. Sendo assim, a Sra. tem o direito de não querer participar, sem que isso cause qualquer prejuízo ao seu atendimento.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa cuja pesquisadora me esclareceu que será feita perguntas com o objetivo de conhecer a cultura da gestação, parto e nascimento. Entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial, bem como meus registros estarão disponíveis para revisão do pesquisador. Esclareceu-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará meu atendimento em qualquer serviço de saúde do meu bairro.

Eu certifico que li ou foi-me lido o Termo de Consentimento e entendi seu conteúdo. A mim será dada uma cópia deste documento e a outra cópia será arquivada pela pesquisadora. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

São Paulo _____ de _____ 2018.

Assinatura da participante

Eu certifico que expliquei a Sr(a) _____ acima, a natureza, propósito, riscos e benefícios desta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

São Paulo, _____ de _____ 2018.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Samanta Ribeiro Oliveira da Silva

***Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa e seus direitos enquanto participante, entre em contato com a pesquisadora responsável:**

Samanta Ribeiro Oliveira da Silva
e-mail: sami.ribeiro@yahoo.com.br

***Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia ética sobre este estudo, entrar em contato com:**

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo –

EACH/USP

Av. Arlindo Béttio, 1000, Prédio I1, Sala T14, Vila Guaraciaba, São Paulo/SP Telefone: (11) 3091-1046 ou e-mail: cep-each@usp.br