UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CINTIA KURAMOTO

Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do
enfermeiro obstetra/obstetriz

RIBEIRÃO PRETO

2016

CINTIA KURAMOTO

Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do
enfermeiro obstetra/obstetriz

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher
no Ciclo Vital

Orientador: Fabiana Villela Mamede

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Kuramoto, Cintia

Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro obstetra/obstetriz. Ribeirão Preto, 2016.

96 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Fabiana Villela Mamede

1. Mulheres imigrantes. 2. Assistência ao Parto. 3. Enfermagem.

KURAMOTO, Cintia

Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro obstetra/obstetriz

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Agradecimentos

A todas as famílias que assisti nascer e às mulheres que vi se transformarem em mães, que me permitiram estar presente no nascimento de seus filhos, me ensinam e me fazem acreditar e lutar por uma melhor assistência obstétrica.

Aos meus pais, meus maiores exemplos, pelo apoio constante e pelos inúmeros ensinamentos.

Ao Denis, meu companheiro, amigo, amor, obrigada por estar sempre ao meu lado, não me fazer desistir, sem você tudo seria muito mais difícil.

À minha orientadora, Fabiana Mamede, pelos ensinamentos valiosos desde a graduação, que me fez seguir o caminho da obstetrícia, que acreditou na minha ideia e me conduziu para a realização deste trabalho.

Às amigas enfermeiras obstetras que compartilham experiências e conhecimentos durante os plantões, que juntas possamos continuar na busca por nascimentos saudáveis, respeitosos e humanizados.

A todas as famílias e mulheres imigrantes, que indiretamente participaram deste estudo, que vocês possam ser vistos, respeitados e que se sintam verdadeiramente acolhidos em nosso país.

A todas as enfermeiras obstetras e obstetrizes que participaram deste estudo, por aceitarem compartilhar as suas experiências e tornar possível este trabalho.

A todos os professores das disciplinas do mestrado, pelos ensinamentos, trocas, ideias e sugestões para a construção desta dissertação.

Aos colegas da pós-graduação, pelo apoio durante as disciplinas, pela troca de experiências, especialmente Cris e Gabi, que me acolheram em Ribeirão.

RESUMO

CINTIA, K. **Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro obstetra/obstetriz.** 2016. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

Este estudo descritivo, com abordagem qualitativa, teve como objetivo compreender como se dá a assistência do enfermeiro obstetra/obstetriz à mulher imigrante, durante o trabalho de parto e parto. Para obtenção dos dados, foram realizadas entrevistas com 11 enfermeiras obstetras/obstetrizes que tiveram a experiência de assistir mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto. Para o tratamento dos dados, foi utilizado o método de análise temática proposto por Bardin, utilizando o referencial da Teoria da Transculturalidade de Leininger, e foi possível obter três temas principais: o primeiro abordou a experiência ao realizar a assistência às mulheres imigrantes, trazendo os sentimentos vivenciados pelas enfermeiras obstetras/obstetrizes nessa experiência; o segundo, as dificuldades encontradas, com categorias relacionadas à linguagem e à cultura e o terceiro sobre os meios encontrados para facilitar a assistência às mulheres imigrantes. Neste estudo, os profissionais que atenderam a mulheres imigrantes relataram dificuldades principalmente relacionadas às barreiras linguísticas e culturais. Indicaram que perceber que a assistência às mulheres imigrantes é diferente é o primeiro passo para o cuidado transcultural. Apontaram que admitir a existência de dificuldades e considerá-las como um obstáculo que necessita ser enfrentado, fazendo com que essa experiência se torne positiva tanto para o profissional quanto para a mulher que está sendo atendida, é importante para que a assistência se torne cada vez melhor. É necessário um maior conhecimento sobre essa população para a adaptação da assistência às especificidades culturais, e o enfermeiro obstetra/obstetriz deve ser sensível a essas diferenças e adaptar seu cuidado. Os dados obtidos neste estudo podem oferecer subsídios para a implementação de ações no âmbito do atendimento às mulheres imigrantes, envolvendo os profissionais de saúde, as instituições de saúde e a população imigrante.

Palavras-chave: Mulheres imigrantes. Assistência ao parto. Enfermagem

ABSTRACT

CINTIA,K. **Labor and delivery care for immigrant women: the experience of obstetrics nurse/midwives**. 2016. 96 f. Thesis (Master) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2016.

This descriptive study, which takes a qualitative approach, sought to understand the workings of assistance given by obstetrics nurse/midwives to immigrant women during labor and delivery. To obtain this data, interviews were carried out with 11 obstetrics nurses/obstetricians with experience assisting immigrant women during labor and delivery. Interpretation of this data was done via the thematic analysis method proposed by Bardin and by utilizing Leininger's Transcultural Theory, which allowed us to find three main themes: the first touches on the experience of carrying out assistance to immigrant women and concerns the sentiments felt by the obstetrics nurses/midwives during this experience; the second, the challenges faced, with categories related to language and culture; and third, the ways that were found to facilitate assistance to immigrant women. In this study, the professionals that served immigrant women noted difficulties related primarily to language and cultural barriers. They noted that the perception that there is a difference when assisting immigrant women is the first step in transcultural care. They noted that admitting the existence of difficulties and considering these as obstacles that need to be overcome – turning the experience into something positive for both the professionals and the women being cared for – are important for continuously improving care. It is necessary to have a better understanding of this population to adapt assistance to specific cultures, and the obstetrics nurse/midwives should be sensitive to these differences and adapt care accordingly. The data obtained in this study can offer support for the implementation of activities to serve immigrant women, involving health professionals, health institutions, and the immigrant population.

Key words: Immigrant women. Delivery care. Nursing.

RESUMÉN

CINTIA, K. **Asistencia en parto de mujeres inmigrantes: la experiência de enfermeras com prácticas obstétricas/obstetrizes**. 2016. 96 f. Dissertação (Maestria) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Este estudio descriptivo, con un abordaje cualitativo, tuvo como objetivo comprender cómo se suministra la asistencia del enfermero con práctica obstétrica/obstetriz a la mujer inmigrante durante el trabajo de parto y el parto. Para obtener los datos, fueron realizadas entrevistas con 11 enfermeras con práctica obstétrica/obstetrizes que tuvieron la experiencia de asistir a las mujeres inmigrantes durante el trabajo de parto y el parto. Para el tratamiento de los datos fue utilizado el método de análisis temático propuesto por Bardin y utilizando el método referencial de la Teoría Transcultural de Leininger fue posible obtener informaciones sobre tres temas principales: la experiencia al realizar la asistencia a las mujeres inmigrantes, aportando los sentimientos vividos por las profesionales en esa experiencia; las dificultades encontradas, con categorías relacionadas con el lenguaje y la cultura y el tercero sobre los medios encontrados para facilitar la asistencia a las mujeres inmigrantes. En este estudio, los profesionales que atendieron a las mujeres inmigrantes relataron dificultades relacionadas principalmente con las barreras lingüísticas y culturales. Indicaron que percibir que la asistencia a las mujeres inmigrantes es diferente es el primer paso para el cuidado transcultural. Señalaron que admitir la existencia de dificultades y considerarlas como un obstáculo que necesita ser enfrentado, logrando que esa experiencia sea positiva, tanto para el profesional como para la mujer que está siendo atendida, es importante para que la asistencia sea cada vez mejor. Es necesario más conocimiento para adaptar la asistencia a las especificidades culturales y el profesional debe ser sensible a esas diferencias y adaptar sus cuidados a esas pacientes. Los datos obtenidos en este estudio pueden ofrecer subsidios para la implementación de acciones en el ámbito de la atención a las mujeres inmigrantes, involucrando a los profesionales y a las instituciones de la salud y también a la población inmigrante.

Palabras-clave: Mujeres inmigrantes. Asistencia en parto. Enfermería.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Mulher imigrante e assistência obstétrica	19
2. PRESSUPOSTO.....	30
3. OBJETIVO.....	31
3.1. Objetivo geral.....	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. REFERENCIAL TEÓRICO – Teoria da Transculturalidade.....	32
5. METODOLOGIA.....	37
5.1.Tipo de estudo	37
5.2. Participantes do estudo.....	38
5.3. Coleta de dados.....	38
5.4. Aspectos éticos	40
5.5. Análise dos dados.....	41
6. RESULTADOS E ANÁLISE.....	46
6.1 Conhecendo as participantes do estudo	46
6.2. Análise das entrevistas	48
6.2.1. A experiência ao realizar a assistência às mulheres imigrantes	48
Sentimentos vivenciados na assistência às mulheres imigrantes.....	48
6.2.2 As dificuldades encontradas na assistência às mulheres imigrantes.....	55
A comunicação com as mulheres imigrantes.....	55
Aspectos culturais no atendimento às mulheres imigrantes	64
6.2.3. Os meios encontrados para facilitar a assistência às mulheres	74
Encontrando facilidades para o atendimento às mulheres imigrantes.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
7. REFERÊNCIAS	79
ANEXO 1	91
ANEXO 2	94
ANEXO 3.....	95

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema para o presente estudo é fruto da minha trajetória profissional, na qual meu interesse inicial pela área materno-infantil se iniciou durante o curso de graduação de Bacharelado em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, realizando estágios e procurando me aprofundar nessa área, principalmente a obstetrícia.

Assim que terminei a graduação, tinha o desejo de continuar nessa área e me aprimorar, iniciei então a especialização em enfermagem obstétrica, e após o término do curso comecei a trabalhar como enfermeira obstetra, atuando diretamente na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, em maternidades na cidade de São Paulo, sempre procurando realizar a assistência de acordo com o que aprendi durante a minha formação, ou seja, o cuidado humanizado e integral, sempre para a melhor assistência possível, em um momento tão único como o nascimento de uma criança.

Poder assistir mulheres, durante o trabalho de parto e parto, realizar o cuidado nesse momento e poder de certa forma contribuir para que esse cuidado seja realizado respeitando a mulher e seu bebê, suas particularidades como seres humanos, acreditando que isso é essencial para um cuidado adequado, é para mim uma grande realização profissional.

Além da assistência, a pesquisa nessa área também atraía minha atenção, e, quando comecei a atuar como enfermeira, vivenciei a experiência de trabalhar com diversas mulheres e famílias, inclusive com mulheres imigrantes. Ao prestar assistência a essas mulheres, durante o trabalho de parto e parto, inquietava-me o desafio de realizar esse cuidado, pois nessas situações observava que toda a equipe tinha dificuldades em realizar a assistência, devido a barreiras na comunicação, na linguagem e nas diferenças culturais.

Na maioria das vezes, essas mulheres e suas famílias não falavam e não entendiam o idioma, enfrentando situações de fragilidade por estar longe de seus familiares, sua cultura, e até mesmo na condição de refugiadas. Aliado a essa situação de imigrantes, vivenciavam o processo da gestação, do parto e do tornar-se mãe.

Ao assistir essas mulheres, eu percebia e ao mesmo tempo me inquietava o nível de vulnerabilidade a que elas estavam expostas, me deparei com dificuldades principalmente relacionadas à comunicação, em compreender o que as mulheres queriam falar e também em poder orientar essas mulheres sobre o trabalho de parto e parto, além disso, queria poder compreender melhor essas mulheres, conhecer melhor sua cultura e sua forma de vivenciar o parto, me questionando se essa era uma dificuldade vivenciada também por outros profissionais durante a assistência às mulheres imigrantes, surgindo então o interesse em estudar e compreender melhor essa experiência.

Assim, propus-me a investigar como é para os enfermeiros obstetras/obstetrizes assistir e prestar o cuidado às mulheres imigrantes, e como realizam esse cuidado, sabendo que o enfermeiro obstetra e obstetrizes são os profissionais que muitas vezes estão próximos da mulher, durante o trabalho de parto e parto, e realiza, as orientações e condução do trabalho de parto até o nascimento. Desejo ainda saber como esses profissionais podem estabelecer e fortalecer o vínculo com as mulheres imigrantes, tão importante na assistência ao trabalho de parto e parto.

Acredito que com esta pesquisa poderei contribuir com os serviços de saúde, de modo a aprimorar a assistência de saúde prestada a mulheres imigrantes, difundindo, também, conhecimentos para outros segmentos da área e trazendo subsídios para futuras pesquisas na área.

1. INTRODUÇÃO

A procura por melhores condições de vida, vinculada ao mercado de trabalho, à continuidade dos estudos e à formação, ao amor, ou simplesmente à curiosidade de conhecer outros países e culturas, é uma questão presente e resulta, muitas vezes, na saída do país de origem e no ingresso em um país desconhecido (DIAS; GONÇALVES, 2007).

O imigrante, quando deixa seu país de origem, seus familiares e amigos, vive um forte desenraizamento, como uma planta quando tirada de sua terra. No novo ambiente, ele encontra dificuldades de inserção, por causa da nova língua, costumes, modo diferente de viver e de se relacionar, preconceitos e leis restritivas, além da saudade que está sempre presente no imigrante. Os que vivem em situação irregular sofrem o medo de serem encontrados sem documentos e, conseqüentemente, serem deportados, vivendo numa situação de insegurança e angústia que pode incidir na saúde desse grupo populacional (MELO; CAMPINAS, 2010).

Fatores como o tipo de imigração, as políticas a que os imigrantes são sujeitos nos países que os recebem, as condições de acesso à educação e ao emprego, o tipo de contato mantido com o país de origem, a possibilidade de retorno e reintegração, o estatuto de regularidade ou irregularidade (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2014), as rupturas familiares, afetivas, linguísticas e simbólicas, assim como o acumular de referências e experiências culturais contraditórias (MIRANDA, 2009; TOPA et al., 2010) podem afetar a qualidade de vida dos imigrantes, interferindo negativamente na sua saúde. Assim, as questões estruturais (sociais, culturais e políticas), associadas a questões de identidade, desempenham um papel fundamental na saúde dos imigrantes e nos usos que fazem (ou não) dos serviços de saúde (FONSECA et al., 2007).

Autores de diversas áreas reforçam que o estilo de vida, assim como as mudanças de estilo de vida resultantes da imigração, e a aculturação a um sistema de vida diferente são fatores que influem sobre o estado de saúde de vida dos imigrantes. Igualmente as barreiras linguísticas, a existência de sistemas legais e administrativos diferentes aos do país de origem também podem funcionar como

estressores, causando problemas físicos e psicológicos que condicionam a adaptação e a integração à nova sociedade.

Para responder às necessidades e expectativas das populações que migram de um país para o outro, há uma exigência dos países de origem e dos países de acolhimento, de um esforço constante de reorganização interna, política e social (ALVARENGA, 2002). O reconhecimento da necessidade de compreensão desse fenômeno, da distribuição e movimentação da população entre regiões, da sua complexidade e do seu impacto, tanto para os imigrantes, quanto para os países de acolhimento, fez com que tal fato se transformasse em objeto de estudo na área da Saúde Pública e das Ciências Sociais e Humanas, sendo os movimentos migratórios considerados atualmente um dos maiores desafios da saúde pública a nível mundial (DIAS; GONGALVES, 2007).

Portanto qualquer tipo de imigração implica uma mudança que acarreta estresse e exige adaptação a um novo ambiente, costumes, alimentação, cultura, horário e sistemas de vida, percepção da doença e da saúde, e relação com a nova sociedade. A presença de imigrantes nestes territórios traz desafios específicos aos serviços de saúde, pois os imigrantes podem apresentar padrões de morbidade e de comportamento próprios em relação aos cuidados com a saúde. Para tanto, os serviços precisam se estruturar para atender às necessidades dessas populações, com qualificação de pessoal para responder de forma adequada a cada situação (MARTES; FALEIROS, 2013).

Em todo o mundo, há uma estimativa de que 232 milhões de pessoas vivem fora de seu país de origem, e é esperado que a taxa de imigração continue alta. No Brasil, o número de imigrantes tem aumentado, e o país coloca-se como interessado em recebê-los, como, por exemplo, pelos programas de reassentamento de refugiados e com a Lei de Anistia, promulgada em 2009. Há inúmeras causas para a imigração, podendo ser de origem econômica, direitos políticos, participação democrática, questões interculturais e transformações nas relações familiares e de gênero (SILVA; RODRIGUES, 2009).

De acordo com o Censo Demográfico Brasileiro de 2010, houve um aumento de 86,7% no número de imigrantes que vivem no Brasil há pelo menos cinco anos em residência fixa, quando comparado ao Censo Demográfico de 2000, evidenciando um grande aumento no número dessa população (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Com o aumento do número de imigrantes, a questão migratória vem tomando uma proporção cada vez maior na agenda política brasileira. Até o início dos anos 2000, o país era caracterizado como um país exportador de mão de obra e, por essa razão, as iniciativas para a renovação da política migratória brasileira dos tempos do regime militar não passavam do plano do discurso. Porém, devido ao crescimento econômico e ao aumento da projeção do país associados às conjunturas de crise econômica e humanitária no cenário internacional, o Brasil passou a ser rota dos imigrantes e refugiados, e essa nova dinâmica migratória brasileira faz ressurgir o debate acerca do tema, trazendo à tona os interesses e preocupações do governo brasileiro (PAIVA; LEITE, 2014).

Em relação à origem desses imigrantes, no Brasil, segundo os continentes, o fluxo proveniente dos países da América respondeu por mais da metade das entradas em 2010 (53,6%). A Europa perdeu posição para a Ásia na última década, embora tenha sido observada redução na participação de países de ambos os continentes. Os europeus, que representavam 26,8% do total do fluxo em 2000, reduziram sua participação para 20,3% em 2010, e os asiáticos passaram de 24,2% para 22,6% nesse mesmo período (INFORMES URBANOS PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2012).

No município de São Paulo, esse movimento foi mais intenso, pois houve um aumento de 117% na entrada de residentes, no ano de 2010 comparado com o ano de 2000, ou seja, o ingresso de 39.655 imigrantes (IBGE, 2010).

Em relação à origem dos imigrantes, os bolivianos migram desde 1980 à procura de melhores empregos, a maioria em idade produtiva e motivada pela situação econômica, crise no setor mineiro e altos índices de inflação e de desemprego. Em relação à migração de africanos, houve uma mudança no perfil de imigração, há cerca de quatro décadas eram nigerianos e angolanos, com o objetivo de estudar ou fazer negócio no setor coureiro calçadista, hoje vem dos mais variados países da África e com objetivos diversificados. A partir de 2014, houve também um aumento do fluxo de haitianos para o Brasil, via Guiana Francesa, com concentração na região sudeste da cidade.

A maioria desses imigrantes tem dificuldades no aprendizado da língua portuguesa, diferenças socioculturais e muitas vezes sofrem xenofobia. A imigração indocumentada agrega elevado grau de dificuldade na sua incorporação social,

acarreta danos à saúde pelas precárias condições de vida e dificulta o acesso aos serviços de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015).

Um dos maiores desafios acometidos pelos fenômenos migratórios relaciona-se com a prestação universal e equidade de cuidados em saúde, sendo fundamental o acesso e qualidade de serviços prestados, independente do sexo, etnia ou país de origem, sendo a saúde um direito universal (PADILLA, 2008; PADILLA; MIGUEL, 2009).

O direito à saúde e a garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes, consistindo em uma das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e nos direitos civis (DIAS; ROCHA, 2009; PADILLA; MIGUEL, 2009).

No Brasil, o direito à saúde está assegurado pelo artigo 196 da Constituição Federal, que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros tipos de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, toda e qualquer pessoa, independente de sua nacionalidade, pode ter acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No Fórum Social das Migrações, realizado em Porto Alegre, em janeiro de 2005, discutia-se o acesso desses imigrantes às políticas universalistas, como a saúde e a educação, constatando-se que o SUS é o único programa que, por sua regulamentação universalista, possui o respaldo de atendimento a todos os indivíduos. Apesar de o acesso aos serviços de saúde ser vital para diminuir a vulnerabilidade e promover a saúde sexual e reprodutiva das comunidades, verificamos que a população imigrante não é sistematicamente abrangida pelos sistemas existentes de informação, prevenção e tratamento (PATARRA, 2005).

A presença de imigrantes traz desafios específicos aos serviços de saúde, pois os imigrantes podem apresentar padrões de morbidade e de comportamento próprios em relação aos cuidados com a saúde. Para tanto, os serviços precisam se estruturar para atender às necessidades dessas populações, com qualificação de pessoal para responder de forma adequada a cada situação (MARTES; FALEIROS, 2013).

Em novembro de 2015, o Grupo de Trabalho “Imigrantes e Refugiados” da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo elaborou e enviou formulário eletrônico

aos estabelecimentos da rede municipal de saúde, com o intuito de verificar o atendimento da população de imigrantes e refugiados na cidade.

A nacionalidade dos imigrantes e refugiados foi em sua maioria da Bolívia (81,0%) e Haiti (37,0%); seguidos de imigrantes e refugiados africanos (Nigéria e Angola), sírios, chineses, peruanos, paraguaios, argentinos e libaneses. A principal dificuldade encontrada em relação ao atendimento desta população foi a “barreira linguística”, apontada por 158 (85,9%) estabelecimentos; seguida de “diferenças culturais” (12,0%) e “adesão ao tratamento proposto” (10,3%) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015).

Ainda segundo esse estudo, os imigrantes sem documentos apresentam ainda maiores dificuldades para a incorporação à sociedade local, com repercussões negativas à saúde pelas precárias condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, até mesmo por receio e incompreensão dos seus direitos de atenção pelo SUS.

Algumas iniciativas estão sendo desenvolvidas para garantir que os imigrantes tenham acesso real à saúde que vai além da simples garantia em lei. A Secretaria Municipal de Saúde e a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo - COVISA, em conjunto com organizações não governamentais, realizaram algumas ações, como a elaboração de materiais em espanhol e a implementação de estratégias do Programa Saúde da Família, a fim de aproximar os bolivianos das Unidades Básicas de Saúde, além de contratação de profissionais bolivianos, oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para os profissionais que atendem a essa população (SILVA, 2009).

Além disso, algumas ações espontâneas surgiram dentre os atendentes, médicos, enfermeiras e gestores dos hospitais das regiões em que se concentram a maior parte dos imigrantes, como no Hospital Maternidade Estadual Leonor Mendes de Barros, em São Paulo, que ofereceu cursos de espanhol e aymara (língua indígena boliviana) à equipe de funcionários, assim como palestras sobre a cultura e costumes bolivianos (FALEIROS, 2012).

A princípio, o SUS apresenta muitas vantagens quando se trata de garantir o acesso dos imigrantes à saúde, já que pelo princípio da universalidade, a saúde é para todos. Mas tratar os imigrantes da mesma forma com que os brasileiros são tratados, sem reconhecer suas necessidades e diferenças, também desconsidera a necessidade desta população por políticas e ações específicas, sendo necessário

reconhecer que eles não podem ser tratados da mesma forma que os usuários locais, que sua inserção social e no trabalho determinam condições desfavoráveis de vida e aumentam vulnerabilidades à saúde. Assim, torna-se fundamental a formulação de políticas específicas para esta população. Neste caso, as políticas facilitariam o acesso à assistência, mostrando também o respeito do Estado que os recebe (FALEIROS, 2012).

Alguns autores reforçam que os serviços e os profissionais de saúde para realizar um bom atendimento às comunidades de imigrantes devem considerar que essas comunidades apresentam condições de vida, de trabalho e de saúde consideravelmente e relativamente diferentes da maioria da população nacional, criando desafios para o sistema de saúde que recebem os imigrantes (SUNDQUIST; IGLESIA; ISACSSON, 1995). Os costumes, as tradições, a religião, as questões de gênero, as crenças e representações sobre saúde e doença influenciam as práticas de saúde, os comportamentos de risco e a percepção dos imigrantes sobre a necessidade da utilização dos serviços de saúde (DIAS; MATOS; GONÇALVES, 2002; GONÇALVES et al., 2003; INTERNATIONAL ORGANIZATION OF MIGRATION, 2004; MARSTON; KING, 2006; SCHEPPERS et al., 2006).

Algumas práticas de saúde utilizadas nos países de origem, como o recurso à medicina tradicional em detrimento da medicina convencional, podem perpetuar-se nos países de acolhimento, traduzindo-se numa menor procura dos serviços de saúde. Por outro lado, a relação entre utilizadores e prestadores de cuidados pode ser condicionada pelas diferenças culturais e linguísticas e pela falta de preparação dos profissionais de saúde para lidarem com a diversidade cultural (CHU, 2005; MAGGI; CATTACIN, 2003; SCHEPPERS et al., 2006).

Também a discriminação e estigmatização, socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante, sobretudo daqueles que se encontram em situação irregular, podem ser importantes obstáculos (DIAS; GONÇALVES, 2007; INTERNATIONAL ORGANIZATION OF MIGRATION, 2004; MAGGI; CATTACIN, 2003; SCHEPPERS et al., 2006; WOLFFERS et al. 2003).

A imigração não representa por si mesma um fator de risco para a saúde, mas as condições em que se processa podem aumentar a vulnerabilidade à doença. De acordo com o relatório *A Passage to Hope-Women and International Migrant*, o número de mulheres imigrantes vem aumentando significativamente, o que coloca

importantes desafios para a saúde pública (UNFPA, 2006), principalmente relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

1.1. Mulher migrante e assistência obstétrica

A Organização das Nações Unidas afirma que metade das migrações internacionais é feita por mulheres (FALQUET, 2008). A presença de mulheres migrantes vem crescendo nas últimas décadas. A feminização (CASTLES; MILLER, 2003) ou a genderização das migrações (YAMANAKA; PIPER, 2005) é hoje uma tendência reconhecida, sendo que muitas dessas mulheres irão acabar engravidando, tornando-se fundamental a atenção à saúde destas mulheres (TAYLOR; NEWALL, 2008).

Há vários motivos para a migração feminina, mas invariavelmente considera-se o próprio alargamento do horizonte para as mulheres, por contatos e resultados exitosos de migrações conhecidas e mesmo pela simples razão de almejar uma vida ou emprego melhor (HOCHSCHILD, 1997).

Esse crescente aumento da migração feminina tem acentuado a preocupação relativa às questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população. A diferença dos papéis sociais de gênero, associada a variáveis socioeconômicas e culturais, reflete-se muitas vezes numa desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens, apresentando maiores riscos e vulnerabilidades (WHO, 2002).

A escassez de estudos sobre conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos na área da sexualidade e da reprodução, realizados em comunidades migrantes no Brasil, torna difícil conhecer as diferenças culturais e étnicas que poderão existir nos determinantes dos comportamentos de risco e, consequentemente, no planejamento de intervenções eficientes (DIAS; ROCHA, 2009).

As principais causas de doenças e de morte das mulheres migrantes estão relacionadas com problemas na saúde sexual e reprodutiva, apresentando os piores indicadores de saúde, como a mortalidade materna, perinatal e infantil, a prematuridade, baixo peso ao nascer e violência obstétrica (DIAS; ROCHA, 2009), constituindo esta uma área da saúde em que estão presentes enormes disparidades em cada país, uma vez que os potenciais problemas afetam, direta ou indiretamente, a saúde e bem-estar destas mulheres e comunidades e comprometem o nível social

e econômico das sociedades em que estes fenômenos ocorrem, pois implicam custos elevados ao nível do capital humano e da produtividade (UNFPA, 2006).

Conforme dito anteriormente, o número da população imigrante vem aumentando cada vez mais no Brasil, e muitas mulheres imigrantes que engravidam vivem a fragilização relacionada à imigração acrescida à gestação que demanda cuidados especiais.

Do total de mães residentes no município de São Paulo, cerca de 3,0% dos nascidos vivos entre 2012 e 2014 foram de imigrantes. A gravidez, parto e puerpério foram as maiores causas de internações das mulheres imigrantes, no ano de 2014, representando 60,8%. Destas, 53,4% são bolivianas, 14,7% são chinesas e 4,1% são paraguaias, com aumento também dos nascidos vivos de mães haitianas, nigerianas e angolanas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015).

A grávida imigrante vivencia simultaneamente dois processos de transição. Por um lado, vivencia a imigração e todas as transformações que a mesma implica, e por outro, a transição que constitui a própria gestação e o tornar-se mãe. Ao relacionar a gravidez e imigração, estamos não só perante o fenômeno da integração das mulheres imigrantes no corpo social das instituições de apoio e do diálogo, mas também da interdição e incompreensão de práticas sociais e das transformações dos significados do corpo, da religião e das tradições terapêuticas dessas mulheres.

Fatores como a precariedade social, o desemprego, a ausência de suporte social, o acesso diferenciado a direitos e a oportunidades e a exposição à violência têm sido apontados como determinantes no desenvolvimento da doença física e psicológica das mulheres imigrantes grávidas (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2004; PEIXOTO et al. 2006; RAMOS, 2008; SOPA, 2009).

Linhas de investigação europeias indicam que a morbidade associada com a gravidez, bem como algumas complicações do foro reprodutivo, tendem a ser maiores entre as imigrantes que apresentam os piores indicadores de saúde relativos à maior mortalidade materna, neonatal e infantil, aborto espontâneo, aumento de incidência de depressão pós-parto, acompanhamento ginecológico insuficiente e educação pré-natal deficitária (ALMEIDA; CALDAS, 2012).

Alguns estudos mostram, por exemplo, que na Suécia, imigrantes, principalmente da Somália e Etiópia, apresentam um risco maior de aborto, morte

neonatal e crianças de baixo peso ao nascer, quando comparadas às mulheres nascidas na Suécia, que são ocasionados pelas práticas de saúde das imigrantes, como a falta de cuidados de saúde e subutilização dos serviços de pré-natal (ESSÉN, 2009).

Durante a gestação e o parto, as mulheres grávidas imigrantes, por apresentarem alterações físicas e psicológicas próprias da gravidez e da maternidade, podem ser levadas também ao estresse e às dificuldades que experimentam em situação de adaptação e aculturação no contexto da imigração, portanto a maternidade vivida nestas circunstâncias pode resultar em sentimentos de angústia e ansiedade (SOPA, 2009). Além disto, a falta de comunicação e as diferenças culturais podem levar à insegurança, à menor compreensão e a dificuldades na confiança entre os profissionais de saúde que atendem a estas mulheres imigrantes (MCLEISH, 2002).

Diversos fatores podem interferir na assistência às mulheres imigrantes, e uma das barreiras existentes ao acesso a serviços de saúde é a diferença de idioma, o que interfere diretamente na relação entre a paciente e a equipe multidisciplinar de saúde. Uma comunicação empobrecida entre as mulheres e os profissionais de saúde pode resultar em cuidados inadequados devido às falhas no reconhecimento dos primeiros sintomas e ao atraso no diagnóstico por parte dos cuidadores, bem como ao não cumprimento dos tratamentos prescritos por parte da mulher imigrante. Além disso, a situação de ilegalidade no país pode fazer com que esse grupo tenha receio de entrar em contato com os serviços públicos de saúde (ALMEIDA; CALDAS, 2012; SILVA, 2001).

Essa subutilização dos serviços de saúde pode ter um impacto significativo na saúde das mulheres imigrantes, principalmente durante um período vulnerável como o período perinatal. Estudos mostram que as mulheres imigrantes têm uma menor taxa de frequência no pré-natal e que vivenciam dificuldades durante o trabalho de parto e período pós-parto, com um risco maior de imigrantes com recém-nascidos de baixo peso, desnutrição e anomalias genéticas (GREWAL; BHAGAT; BALNEAVES, 2008).

A associação, entre o início de cuidados pré-natais numa fase de gestação tardia e resultados adversos ao nível da saúde das mães e crianças, tem vindo a ser confirmada através de estudos que indicam que 20% das mortes maternas, direta ou indiretamente relacionadas com a gravidez, verificam-se em mulheres com

acompanhamento reduzido, tardio ou até inexistente, ao nível dos cuidados pré-natais (BRAGG, 2008), sendo muito importante o cuidado pré-natal adequado, muitas vezes não realizado pelas mulheres imigrantes.

Vários estudos têm identificado a associação entre o acesso reduzido aos serviços de saúde materna por parte de mulheres imigrantes, com a indisponibilidade de serviços de tradução e pela falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para as diferenças culturais (BULMAN; MCCOURT, 2002).

Portanto o atendimento às mulheres imigrantes nos serviços de saúde deve ser realizado com respeito e conhecimento da cultura dos imigrantes, com o conhecimento de suas práticas e culturas como mulher e mãe, para evitar desencontros culturais. Reconhecer diferentes formas de pensar e interpretar a realidade promove uma comunicação mais eficaz e livre de preconceitos, permitindo aos profissionais a prestação de um cuidado melhor (YAJAHUANCA, 2009).

Os resultados das investigações desenvolvidas nesta área apontam que os profissionais de saúde não estão devidamente preparados para atuar junto às populações imigrantes, contribuindo muitas vezes para o reforço dos constrangimentos sentidos. A formação relacionada às competências multiculturais poderia contribuir para a minimização de algumas das dificuldades mais relatadas pelos imigrantes, principalmente no que respeita à língua, porém é muitas vezes inexistente (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013). Os profissionais conhecem pouco sobre os aspectos culturais relacionados ao comportamento sexual e reprodutivo das imigrantes, podendo resultar em atitudes discriminatórias e de preconceitos frente a estes grupos, com impacto na utilização dos cuidados de saúde e na forma como se vivencia a experiência da gravidez, parto e nascimento (BULMAN; MCCOURT, 2002; DIAS; MATOS; GONÇALVES, 2002; JANSSENS; BOSMANS; TEMMERMAN, 2005; WHO, 2003).

Informações sobre a gestação, o trabalho de parto, parto e pós-parto são importantes, para que as mulheres tenham uma experiência positiva (LAVENDER *et al.*, 1999), e a comunicação é essencial para o cuidado de enfermagem adequado, sobretudo quando diferenças culturais podem estar mais evidenciadas durante a comunicação verbal, como no tom da voz, vocabulário, entonação e o silêncio que podem ter diferentes significados em diferentes culturas (BULMAN; MCCOURT, 2002; KOZIER *et al.*, 2004).

No processo de parturição, a mulher, em especial as mulheres imigrantes, tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela, com seu bebê e sobre o modo de participação neste processo, buscando assim adaptar-se ao modelo hospitalar vigente. O profissional de saúde, sob o ponto de vista ético e legal, deve oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas (ARMELLINI; LUZ, 2003; FUSTINONI; MERIGHI, 2003), o que muitas vezes não acontece com as mulheres imigrantes.

Esse modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural no qual a mulher está inserida. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Garante às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2012).

O conceito de humanização do parto significa o controle da mulher sobre o processo de nascimento. Wagner (2001) defende que em muitos locais a humanização do parto não existe, porque os profissionais da assistência obstétrica estão submergidos no modelo medicalizado, altamente intervencionista, ao ponto de não conseguirem ver o efeito das intervenções que realizam na vida das mulheres, não permitindo que as mulheres tenham controle da situação, principalmente quando se trata de mulheres imigrantes que podem vivenciar o parto de maneiras diferentes do país de acolhimento.

Durante a gravidez, a mulher vivencia diversas transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e socioculturais. Por consenso é um período de crise que exigirá, por parte da gestante e de sua rede social, ajustamentos para enfrentar as mudanças desencadeadas pela gestação. Com mulheres imigrantes esse processo não é diferente, podendo ser ainda agravado por se encontrar em uma situação de fragilidade, longe do seu país, vivenciando uma cultura diferente, modelos de saúde diferente e uma língua desconhecida.

Historicamente, o nascimento é um evento natural, fato mobilizador e marcante na vida da mulher, e inúmeros significados culturais são atribuídos a este acontecimento, sofrendo transformações através das gerações. A experiência do parto muda de uma cultura para outra. Cada sociedade possui sua própria maneira

de organizar e moldar a vivência do nascimento e, assim, ajusta o evento do parto às normas socioculturais vigentes (GUALDA, 2002), portanto as mulheres imigrantes possuem seus próprios significados do nascimento e parto, de acordo com o que vivenciaram em sua cultura, sua família e seu país.

Para entender o processo de parturição, é preciso considerar os contextos sociais, culturais e a individualidade físico-psicológica da parturiente, que influenciam na maneira como ela interpreta e sente as diferentes sensações físicas do trabalho de parto. Dessa forma, o parto vai além de um ato fisiológico, mas também representa um fenômeno sociocultural, porque redefine a identidade da mulher e afeta suas relações com os grupos com quem se relaciona, além de ocorrer num contexto em que estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado de ser mulher e mãe (GUALDA, 1998).

A mulher imigrante irá vivenciar o parto de acordo com sua cultura e seus costumes, levando em consideração toda sua identidade e histórias vivenciadas em seu país de origem, e vivenciar o parto e nascimento, de acordo com o que ela acredita, pode ser uma forma de se sentir acolhida, respeitada e estar próxima daquilo que lhe é familiar e seguro.

Dentro do contexto de mudança da assistência obstétrica, a utilização de pressupostos teóricos das Ciências Sociais tem demonstrado ser um campo produtivo e importante para reflexões que envolvem esta temática, possibilitando a compreensão dos aspectos socioculturais no processo de nascimento. Dessa forma, o olhar interdisciplinar permite diálogos e compreensão do fenômeno para além da esfera biológica (SALIM, 2014).

A visão do parto, quer como fenômeno natural quer como fenômeno médico, varia muito entre as diferentes culturas. A forma como o parto é considerado determina muitas outras diferenças que são também observadas, inclusive nas sociedades ocidentais, em importantes aspectos do parto, seja no tipo de preparação, no local, nas pessoas que assistem e que estão envolvidas (técnicos ou pessoas significativas), nos recursos à tecnologia médica e à medicação e na participação da mulher nas decisões a tomar, fazendo com que a experiência do parto seja culturalmente determinada (LOZOFF et al., 1988).

Quando se estuda o parto e nascimento, é importante levar em conta que tais eventos ocorrem como um processo fisiológico que também tem uma linguagem cultural, portanto deve ser visto como um evento holístico. É tanto um evento

universal, biologicamente falando, mas ao mesmo tempo um evento particular em cada sociedade. É, portanto, um evento biossocial, no qual a fisiologia do parto é significada culturalmente (JORDAN, 1993; GUALDA, 2002). No entanto, o parto e nascimento podem ocorrer em ambientes geograficamente e culturalmente diferentes da mulher e sua família, situação em que a interculturalidade pode estar presente no contexto da atenção obstétrica, como no caso das mulheres imigrantes.

A interculturalidade se refere à ideia de uma interação entre as culturas, de forma que respeite suas diversidades em um ambiente de interação e trocas. No contexto de encontro com o outro e suas diferenças, podem surgir intolerâncias, discriminações, como também a supremacia de algumas identidades sobre outras. A ideia de interculturalidade incentiva um diálogo entre formações socioculturais diferentes, conduzindo a uma maior tolerância da diversidade e valorizando a pluralidade (MENEZES, 2012).

Segundo Marondon (2003), a interculturalidade pode ser compreendida como:

A noção de interculturalidade, para ter seu pleno valor, deve, com efeito, ser estendida a toda situação de ruptura cultural – resultado, essencialmente, de diferenças de códigos e de significações – as diferenças em questão podendo estar ligadas a diversos tipos de pertencimento (etnia, nação, região, religião, gênero, geração, grupo social, organizacional, ocupacional, em particular). Há, portanto, uma situação intercultural quando as pessoas ou grupos em presença não partilham dos mesmos universos de significações e das mesmas formas de expressão destas significações, podendo estas diferenças constituírem um obstáculo à comunicação.

Nesse sentido, incorporar a interculturalidade no contexto da assistência significa dar valor e autoridade às vivências e necessidades das pessoas que utilizam o sistema de saúde, ter flexibilidade para incorporar à atenção elementos que sejam significativos para os assistidos. Isso tem implicações na percepção das mulheres imigrantes sobre o sistema de saúde, nas estratégias pertinentes e que respeitem suas tradições, fazendo com que a experiência seja vivenciada de uma maneira mais satisfatória, assim se transformando em um cuidado integral capaz de aceitar as diferenças (SADLER, 2009).

A competência cultural é descrita pelos enfermeiros como a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas, sendo eles sensíveis às questões relacionadas com a

cultura, etnia, gênero e orientação sexual (LEININGER, 2006), em que há competência cultural fundamental nas assistências às mulheres imigrantes.

Os enfermeiros com competência cultural melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas, exigindo-se dos enfermeiros um esforço contínuo para oferecer cuidados efetivos nos limites culturais. A definição mais abrangente de competência cultural na prática de enfermagem é considerá-la um processo em curso com o objetivo de alcançar a capacidade de trabalhar efetivamente com pessoas culturalmente diferentes. Além disso, para cuidar dessas pessoas, é necessária uma base sólida de conhecimentos e competências em enfermagem transcultural e, especialmente, um forte respeito pessoal e profissional por diversas culturas (LEININGER, 2006).

Ao pensar no atendimento à saúde das mulheres imigrantes, assumir as noções da interculturalidade pode facilitar a promoção do diálogo entre as diferenças com uma tendência à inclusão e equidade; levar a um questionamento sobre o modelo social e cultural da medicina ocidental que é caracterizado por uma tendência à exclusão de outros saberes da saúde (MINISTÉRIO DE SALUD PUBLICA, 2008).

Como a sociedade vem se tornando cada vez mais multicultural, há uma demanda e necessidade de enfermeiros e outros profissionais de saúde ter conhecimento de diferentes culturas para atender às necessidades dos pacientes e de suas famílias, quando utilizam os serviços de saúde (LEININGER, 2002). Para a assistência de enfermagem ser culturalmente competente deve refletir e responder às necessidades dos pacientes, e além disso ser acessível, adequada, efetiva e adaptável (SOUTH EAST HEALTH, 2000), assim, para atender às mulheres imigrantes, é necessário conhecer sua cultura, suas necessidades específicas e planejar o cuidado considerando essas especificidades.

A educação em saúde é um importante instrumento do cuidado cultural. Quando as enfermeiras desenvolvem práticas educativas, realizam negociações com vista ao desenvolvimento do cuidado humanizado, pois, em geral, as mulheres estão habituadas com as concepções próprias do modelo tecnocrático de assistência ao parto (PROGIANTI; COSTA, 2008).

O cuidado dos enfermeiros às pacientes culturalmente diferentes é relatado como complexo e desafiador, devido à inter-relação de múltiplos fatores pessoais e

contextuais, como o apoio de colegas, o suporte da instituição, a base da educação e a formação (KIRKHAM, 1998). O papel do enfermeiro obstetra e sua assistência é um importante fator para uma experiência de parto positiva para as mulheres, já que um suporte contínuo é associado com trabalho de parto mais curto, menor uso de analgésicos, ocitocina, fórceps, cesárea e um maior nível de satisfação relacionada ao parto (SIMKIN; O'HARA, 2002).

Um estudo realizado na Suécia (AKHAVAN; LUNDGREN, 2011) mostrou que os enfermeiros obstetras e obstetrizes relatam dificuldades na assistência às mulheres imigrantes, por não falarem a mesma língua, e por estarem em situação de vulnerabilidade relatam que essa assistência leva mais tempo, devido às dificuldades na comunicação, interpretação e pelas diferenças culturais.

Nesse estudo, as enfermeiras que trabalhavam em uma área com imigrantes relataram que as mulheres imigrantes apresentaram maiores problemas sociais e psicológicos, por terem passado por situações de guerra, traumas, desemprego, dificuldade no acesso à saúde, e que o trabalho em conjunto com outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, tradutores, facilitaria a assistência (AKHAVAN; LUNDGREN, 2011).

A competência cultural das enfermeiras também foi abordada no estudo, onde elas relatam a falta de conhecimento sobre outras culturas e as dificuldades em trabalhar com imigrantes, falam ainda sobre o aprendizado adquirido ao trabalhar com essa população, observando diferenças como preferência por diferentes posições de parto e reações diferentes no parto e nascimento (AKHAVAN; LUNDGREN, 2011).

Em um estudo realizado na Suécia sobre a visão dos enfermeiros obstetras no cuidado às imigrantes, a comunicação teve um papel importante que pode contribuir para uma assistência adequada ou não, assim como a bagagem cultural, crenças e práticas culturais diferentes que podem levar a conflitos entre as imigrantes e o profissional de saúde (AKHAVAN, 2012).

Pesquisas mostram que criar estereótipos, ter atitudes negativas e o preconceito cultural podem ocorrer quando os enfermeiros atendem a pacientes imigrantes (CALEY, 1998; STRAUS et al., 2009), sendo necessário criar sistemas de saúde que possam proporcionar um cuidado cultural e linguístico apropriados, e precisar reconhecer que esse cuidado não é apenas um direito do paciente, mas

também um determinante para a segurança e qualidade na sua assistência (AKHAVAN; LUNDGREEN, 2011).

Em todo o mundo, o aumento de refugiados, imigrantes, estudantes estrangeiros e turistas tem proporcionado a diversidade cultural dos países, nesse cenário, o cuidado de enfermeiros obstetras com pacientes vindos de diversas culturas, diversos valores e crenças pode ser dificultado, e o modo como esses profissionais enfrentam essa situação pode causar problemas e conflitos (LEININGER, 1991; FOSTER; LASSER, 2011).

Os estudos indicam uma necessidade de o profissional estabelecer um vínculo com o paciente. Davidhizar e Giger (2004) identificam a dificuldade na comunicação como um importante obstáculo entre as diferentes culturas, já que significados diferentes podem ser atribuídos entre as pessoas que se comunicam, ou quando não se esforçam para se entenderem, dessa forma a relação entre o profissional e o paciente fica cada vez mais distante, podendo ocorrer esse distanciamento entre os profissionais de saúde que atendem às mulheres imigrantes.

O comportamento dos profissionais de saúde tem sido apontado também como um dos fatores mais determinantes no uso dos serviços de saúde pelas comunidades imigrantes. Os estudos sugerem que estes profissionais apresentam frequentemente um conhecimento limitado da legislação e da sua aplicabilidade e agem, muitas vezes, de acordo com estereótipos sociais (WOLFFERS et al., 2003), não respondendo assim às necessidades efetivas dos pacientes. Por outro lado, tendem a não possuir competências culturais adequadas para se relacionar com pacientes de nacionalidades diferentes das suas, desconhecendo as especificidades que os caracterizam (PUSSETI et al., 2009).

Nesse sentido, o enfermeiro que atende às mulheres imigrantes deve reconhecer as possíveis barreiras que podem interferir em seu cuidado, como as diferenças do idioma e o modo como as imigrantes vivenciam o trabalho de parto, o parto e nascimento, compreender a interculturalidade e como isso confere a cada indivíduo maneiras diferentes de pensar, sentir, agir e se comunicar.

Levando em consideração o que foi exposto anteriormente, quanto ao comportamento das comunidades imigrantes, a assistência à saúde dessa população e o aumento de mulheres imigrantes no Brasil, compreender como é realizada a assistência, durante o trabalho de parto e parto às mulheres imigrantes

pode ajudar no desenvolvimento de um cuidado específico e trazer benefícios para essa população.

Dessa forma este estudo irá compreender como os enfermeiros obstetras vivenciam a assistência às mulheres imigrantes, possibilitando através desse conhecimento, pensar em novas formas de cuidar e olhar para a população imigrante, observando sua individualidade e permitindo proporcionar um cuidado integral e intercultural.

2. PRESSUPOSTO

Frente ao exposto, pressupomos que a assistência à mulher imigrante, durante o trabalho de parto e parto, realizada pelo enfermeiro obstetra/obstetriz pode ser dificultada devido às diferenças culturais e às dificuldades na comunicação.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo geral

Compreender como se dá a assistência do enfermeiro obstetra à mulher imigrante, durante o trabalho de parto e parto.

3.2. Objetivos específicos

Compreender como aspectos relacionados à linguagem interferem na assistência às mulheres imigrantes.

Compreender como aspectos relacionados às diferenças culturais interferem na assistência às mulheres imigrantes.

4. REFERENCIAL TEÓRICO – Teoria da Transculturalidade

A Teoria da Transculturalidade vem sendo utilizada como referencial teórico e/ou metodológico de estudos em enfermagem, em diversos países. No Brasil, a teoria tem se mostrado um importante instrumento para conhecer os grupos e as pessoas a quem a enfermagem assiste (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2010).

Neste estudo optamos por esse referencial teórico pela diversidade cultural do objeto de estudo e por possibilitar o conhecimento, de forma mais profunda, do fenômeno da presente investigação e do universo cultural presente na assistência do enfermeiro obstetra às mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto.

A Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, enfermeira, graduada também em antropologia, criada em meados dos anos de 1950, traz que o cuidado torna a essência da enfermagem, como uma poderosa e dinâmica força para entender a totalidade do comportamento humano na saúde e na doença, no mundo todo (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Leininger construiu essa teoria baseada na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras através das quais eles experimentam e percebem o cuidado de enfermagem, mas também de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde (GEORGE, 2000).

Para Leininger, o cliente é o foco do cuidado de enfermagem, em que a importância do conhecimento e da compreensão cultural constitui um ponto imprescindível, visto que o cuidado, com base cultural, é um fator decisivo para a promoção e manutenção eficiente da saúde (LEININGER, 1991).

Leininger considera que não deve haver uma análise diagnóstica por parte dos enfermeiros, sem o uso de valores e práticas de cuidados específicos da cultura, os quais devem ser usados como uma poderosa direção para a prática de enfermagem (LEOPARDI, 1999).

Gualda e Hoga (1992) esclarecem alguns dos pressupostos da Teoria Transcultural de Leininger:

- A enfermagem é um fenômeno essencialmente transcultural que envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diferentes orientações culturais ou de estilos de vida específicos, dentro de determinada cultura;
- O cuidado é um fenômeno universal, e as formas de manifestação variam dentre os diversos grupos na relação tempo-espço, alterando, na forma, a busca de seus atributos;
- O cuidado de enfermagem terapêutico ou eficaz, é na maioria das vezes, culturalmente determinado e embasado e pode ser culturalmente validado;
- As culturas têm seu modo peculiar do comportamento relativo ao cuidado, que é geralmente conhecido pelos integrantes da própria cultura, mas frequentemente desconhecido por enfermeiras com bagagem cultural diferente;
- A essência da enfermagem é o cuidado; a essência da enfermagem transcultural é o cuidado a indivíduos de diversas heranças culturais;
- Os processos, as funções e atividades de enfermagem transcultural variam de acordo com a estrutura social e o sistema cultural e, em relação à sua história cultural, com seus contatos e sua aculturação;
- As formas simbólicas do cuidado de enfermagem e seu respectivo significado estão intimamente relacionados às normas e crenças culturais que demandam estudo sistemático e representam modalidades importantes na compreensão e ajuda a determinados grupos.

Gualda; Hoga (1992) traduzem o *Sunrise Model* de Leininger, simbolizado pelo nascer do sol, no sentido de auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Este modelo considera a operacionalização de teoria e pesquisa e orienta o estudo da diversidade e universalidade do ato de cuidar. Através dele o pesquisador determina a abrangência e a profundidade do estudo. Combina teoria e método de pesquisa e distingue níveis de abstração e análise, assim como a abordagem metodológica na geração de conhecimento básico e aplicado.

Figura 1- *The Sunrise Enabler*, de Madeleine Leininger

Fonte: LEININGER, M.M. MCFARLAND, M.R. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, Inc. – 2006. p.25.

A porção superior do círculo mostra os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam o sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem que se encontram na parte inferior do modelo. As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao universo; este precisa ser explorado pelas enfermeiras, para que conheçam o cuidado humano e sua relação com a saúde.

Há ainda os níveis de análise desse cuidado: macro, médio e micro que se referem à abrangência do estudo do cuidado, são classificados de I a IV correspondendo o nível I ao de maior abstração e o nível IV ao de menor.

O nível I engloba o sistema social e a percepção do mundo. No nível II, são estudados o cuidado e a saúde que incluem os indivíduos, famílias e culturas no contexto de um sistema de saúde, buscando seus significados. No nível III, são estudados os sistemas profissional e popular, na busca de características e aspectos específicos de cada sistema, com a finalidade de serem determinadas as áreas de semelhança e diferença. No nível IV, é utilizado para que seja desenvolvido um tipo de cuidado de enfermagem congruente com as culturas e valorizado por estas (LEININGER, 1985; LEININGER, MCFARLAND, 2006; GUALGA, HOGA, 1992).

Gualda e Hoga (1992) afirmam que o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de diferentes culturas, mas torna a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada, sendo que os cuidados de enfermagem que não consideram os aspectos culturais da necessidade humana acabam sendo ineficazes e podem trazer consequências desfavoráveis para os assistidos.

Leininger propõe três possíveis modos de ações e decisões “apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras” na interação profissional-paciente, no processo saúde-doença, gerando o que chama de *cuidado culturalmente congruente*: (GEORGE, 2000; LEININGER; MCFARLAND, 2002).

- a) Preservação do cuidado cultural e/ou manutenção: profissionais ajudam o cliente a preservar sua cultura;
- b) Repadronização do cuidado cultural e/ou reestruturação: profissionais ajudam o cliente a negociar ou adaptar-se a outras culturas, em vista de um resultado benéfico;
- c) Repadronização do cuidado cultural e/ou reestruturação: profissionais ajudam o cliente a reorganizar seu modo de vida, para um novo padrão, respeitando seus valores e crenças.

A Teoria do Cuidado Transcultural enfatiza que há diversidades no cuidado humano, o que justifica a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem que se ajuste às crenças, aos valores e modos das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido (BONINI, 2010).

Atravessar as culturas, buscando parâmetros universais de cuidado, tem ao menos duas razões: o imigrante não é a mesma pessoa que deixou seu país, mas está em um processo de reformulação da sua identidade, em uma “transição cultural”; outra razão seria a impossibilidade de contar com mediadores culturais para cada departamento dos serviços ou para cada nacionalidade representada pelos imigrantes, por serem muitas (MAZZETTI, 2000).

Os mediadores culturais, assim como considerar a existência de vários sistemas culturais, são importantes, porém o que mais importa é conhecer a pessoa que se confia ao profissional. O encontro com estrangeiros está oferecendo aos profissionais de saúde uma ocasião de descoberta de que a assistência é feita de cuidado a pessoas, únicas e irrepetíveis (MAZZETTI, 2005).

Assim, parte-se do pressuposto de que a assistência do enfermeiro obstetra, durante o trabalho de parto e parto de mulheres imigrantes, constitui um elemento importante para a compreensão do cuidado transcultural, considerando que o modo de vida, a formação, a bagagem cultural e a atuação desses profissionais são determinantes na assistência à população imigrante. Compreender como se dá essa assistência e os aspectos que a envolvem pode possibilitar uma melhor assistência às mulheres imigrantes.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudo

Para buscar a vivência do enfermeiro e compreender como é sua assistência às mulheres imigrantes, o presente estudo teve como proposta metodológica a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2004), a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, medidas e estatísticas. Essa abordagem é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes ao ato; e por possuir modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, torna-se importante para a compreensão dos valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, relações que se dão entre os atores sociais e também para avaliação das políticas públicas e sociais pelos usuários a quem se destinam.

A metodologia qualitativa, apesar de não conseguir analisar tendências em grandes grupos, permite uma visão mais aprofundada das necessidades e prioridades e dos fatores e especificidades do contexto pessoal, social, cultural e político. Este tipo de análise é essencial para o desenvolvimento de políticas e planejamento de ações que permitam alcançar ganhos na saúde sexual e reprodutiva (CRAWFORD ; POPP, 2003).

Essa abordagem permite visualizar o ser humano de forma holística, pois se preocupa com o ambiente e suas complexidades. Pela descrição da experiência tal como vivida, é possível o conhecimento a respeito da pessoa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Sua meta é compreender o conjunto de fatores que permeiam o fenômeno por meio de revelação das interações humanas, símbolos, valores, estilos de vida e visão de mundo que o cercam. Busca obter a verdade das pessoas em sua essência (SANDELOWSKI; BARROSO, 2002).

5.2. Participantes do estudo

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser enfermeiro obstetra/obstetriz, brasileiro, e ter realizado a assistência de, no mínimo, cinco imigrantes, durante o trabalho de parto e parto.

Os primeiros enfermeiros obstetras/obstetrizes participantes foram escolhidos de acordo com o conhecimento da pesquisadora quanto à atuação destes profissionais com mulheres imigrantes, e cada participante indicou outros enfermeiros obstetras/obstetrizes que se enquadravam nos critérios de inclusão para participar da pesquisa. Esta técnica é definida por Polit, Beck e Hungler (2004) como “bola de neve”, em que o pesquisador solicita aos primeiros informantes que indiquem outros participantes para o estudo.

No total, houve 11 participantes, e por se tratar de estudo de natureza qualitativa, o número de enfermeiros obstetras/obstetrizes não foi predeterminado. À medida que foi ocorrendo repetição de conteúdos, completou-se a coleta-(MINAYO, 2004). Entre os profissionais convidados não houve recusa em participar.

5.3. Coleta de dados

Inicialmente, os enfermeiros obstetras/obstetrizes conhecidos pela pesquisadora e que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados para participar da pesquisa por telefone. Após o aceite, as entrevistas foram agendadas em local, data e horário de escolha do mesmo, de acordo com sua disponibilidade e no final da entrevista, solicitavam-se indicações de nomes e contatos de profissionais que atendiam aos critérios de inclusão. Sendo assim, todas as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho das participantes, por escolha das mesmas.

Segundo Minayo (2004), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

O montante e a qualidade dos dados constituem critérios importantes em

pesquisa qualitativa e permitem o encerramento da inclusão de novos entrevistados (MORSE; SWANSON; KUZEL, 2001). Por esta razão, o pesquisador não deve se preocupar com a quantidade de dados e, portanto, não há, a rigor, necessidade de definir previamente o número de colaboradores, os detalhes da experiência vivida e as especificidades dos conteúdos nas narrativas são os critérios adotados para encerrar a inclusão de novas entrevistas (MORSE; SWANSON; KUZEL, 2001).

No momento da entrevista, em local, data e horário previamente combinados, a entrevistadora realizou esclarecimentos detalhados sobre a pesquisa. Em seguida, foi solicitado que o participante lesse e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra para início imediato das codificações dos dados, com o objetivo de compreender como se dá a assistência do enfermeiro obstetra/obstetriz à mulher imigrante, durante o trabalho de parto e parto.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro (ANEXO 2) elaborado pela pesquisadora. O referido roteiro foi dividido em duas partes:

- Parte 1: dados de caracterização dos participantes do estudo (iniciais do nome, idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação como enfermeiro obstetra/obstetriz).
- Parte 2: questão norteadora: *“Conte-me, baseado em suas experiências, como foi para você assistir mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto?”*.

Neste estudo, a questão norteadora direcionou o ponto de estudo explorado (experiência na assistência ao parto de mulheres imigrantes). Durante a entrevista, quando necessário, novas questões foram realizadas com o intuito de esclarecer a experiência e vivência dos profissionais, a fim de alcançar o objetivo do estudo.

As entrevistas foram realizadas com a presença apenas da pesquisadora e do participante, em ambiente reservado, gravadas na íntegra, pois a gravação do depoimento constitui peça fundamental para elaboração posterior do documento escrito.

Após a entrevista, foi solicitado ao participante que indicasse um ou mais colegas que preenchessem os critérios de inclusão para este estudo. Este procedimento foi seguido até a inclusão do último colaborador. Neste tipo de amostragem, a inclusão de novos participantes acontece até o ponto de redundância, quando percebemos que não existem mais informações a serem

descobertas, depois de adequada exploração (HUDELSON, 1994).

Assim que os discursos começaram a se repetir, e os objetivos do trabalho foram alcançados, finalizou-se a coleta de dados, totalizando um número de 11 participantes.

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a fevereiro de 2016. Cada entrevista teve duração de aproximadamente 30 minutos. Inicialmente era feita a questão norteadora sobre como era a sua experiência em assistir mulheres imigrantes, em trabalho de parto e parto, e daí por diante, as entrevistas não seguiam uma sequência preestabelecida, ficando a critério das entrevistadas o direcionamento das mesmas. As enfermeiras obstetras/obstetrizes falavam livremente sobre a vivência de assistir mulheres imigrantes, ressaltando pontos relevantes, como sua experiência na assistência às mulheres imigrantes, as dificuldades encontradas e as situações vivenciadas, quando atenderam a mulheres imigrantes.

5.4. Aspectos éticos

Foram respeitados todos os aspectos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa e envolvimento com seres humanos. A pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo CAAE: 48788215.4.0000.5393) (ANEXO 3).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 1) no qual foram informados, em linguagem clara, o objetivo, a natureza e a finalidade da pesquisa.

Foi permitida a cada participante a possibilidade de participar ou não do estudo, sendo informado que a eventual negação não resultará em prejuízos de qualquer espécie. Os participantes receberam esclarecimentos sobre a necessidade da gravação das entrevistas, garantia do anonimato através da adoção de nomes fictícios e quanto à utilização dos dados em eventos e publicações científicas.

As fitas com a gravação das entrevistas foram transcritas na íntegra e serão arquivadas por cinco anos. Após esse período, serão inutilizadas, conforme

recomendação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa e envolvimento com seres humanos.

Para garantia do sigilo com relação à identidade das participantes, foi atribuído a cada uma, em ordem de ocorrência das entrevistas, um nome fictício.

5.5. Análise dos dados

Para análise dos dados, optamos por utilizar a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a Análise Temática proposta por Bardin (1977), descrita por Minayo (2006), utilizando-se a lente do referencial teórico da Teoria da Transculturalidade.

Para Minayo (2006), este tipo de técnica vai além da denominação de procedimentos técnicos, é parte de uma busca teórica no que diz respeito às investigações sociais. A análise de conteúdo, enquanto técnica de tratamento de dados, é derivada das metodologias quantitativas e busca sua lógica na interpretação do material de caráter qualitativo. Bardin (1977) defende que a técnica de análise de conteúdo é:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativa às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Através dessa técnica, pretendemos explicar o que está além dos significados imediatos expressos nas comunicações. Para Bardin (1979), para alcançar esse objetivo é necessária uma dupla função: compreender o sentido da comunicação e desviar o olhar para outra significação, outra mensagem, buscando significados ocultos como os de natureza sociológica, psicológica, cultural entre outros.

Minayo (2006) descreve as três etapas do procedimento temático de análise proposto por Bardin (1979), como: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que foram obedecidos durante a análise dos dados deste estudo.

Pré-análise: consiste na organização do material a ser utilizado pela leitura inicial (flutuante) e transcrições das entrevistas. Respeita-se a exaustividade (em que se esgota a totalidade da comunicação), representatividade (representa a amostra), homogeneidade (os dados devem estar refletindo o mesmo tema, com técnica de coleta igual e indivíduos semelhantes), pertinência (as unidades de registro não devem ser classificadas em mais de uma categoria). A pré-análise pode ser dividida nas seguintes tarefas:

Leitura flutuante: Segundo Bardin (1977), “a leitura flutuante é definida como a primeira atividade que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Esta fase é chamada de leitura flutuante por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos”. Nesta etapa, há o contato direto e intenso com o material, onde o autor se deixa impregnar pelo seu conteúdo.

Construção do Corpus: é referente ao universo estudado em sua totalidade e responde a algumas normas de validade qualitativa: 1) *Exaustividade:* O material deve conter todos os aspectos levantados no roteiro; 2) *Representatividade:* o material deve conter as características essenciais do universo pretendido; 3) *Homogeneidade:* deve-se obedecer a critérios precisos de escolha quanto aos temas, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; 4) *Pertinência:* os documentos analisados devem ser adequados para responder aos objetivos do trabalho. 5) *Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos:* realiza-se a leitura exaustiva do material, retomando a etapa exploratória com base nos questionamentos iniciais. Há também a reformulação de hipóteses, podendo levar à correção de rumos interpretativos ou a novas indagações.

Como previsto para a pré-análise, houve a determinação das unidades de registro (palavra-chave ou frase), das unidades de contexto (compreensão do contexto da unidade de registro), dos recortes, da forma de categorização, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos gerais que orientaram a análise, representados no quadro a seguir:

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
<i>Acho que a parte mais difícil é você tentar acalmar uma paciente que não entende o que você fala, isso é bem difícil, e é uma situação difícil pra ela também, que muitas vezes está passando pelo trabalho de parto pela primeira vez, não entende o idioma, uma cultura diferente e não está entendendo o que está acontecendo. (Maria)</i>	Vendo a assistência às mulheres imigrantes como desafiadora e diferente.
<i>A gente acaba conseguindo se comunicar por mímica ou tentando falar, falando algumas palavras que a gente conhece, então isso acaba ajudando a gente né, mas acho que não é a mesma coisa que se a gente entendesse totalmente (Júlia)</i>	Vendo a língua como uma barreira na assistência às mulheres imigrantes.
<i>... a gente acaba não sabendo muito bem como lidar, e quando é bem diferente da nossa cultura, às vezes é difícil por a gente não conhecer mesmo, a gente acaba fazendo as coisas sem saber muito bem se é o que elas estão acostumadas, se é assim na cultura delas, mas a gente tenta lidar com isso, tenta respeitar, tenta entender como ela quer... (Júlia)</i>	Vendo a cultura como uma dificuldade na assistência às mulheres imigrantes.
<i>...mas depois a gente vai tentando ajustar, com mímica, ou senão com os aplicativos, as facilidades de internet... (Ana)</i>	Buscando meios para facilitar a assistência.

Quadro 1- Exemplo de interpretação das falas na pré-análise dos dados

Exploração do material: realiza-se a análise, onde os dados são organizados e reunidos em unidades que permitam a visualização do que caracteriza o estudo. Há três principais ações: a escolha das unidades de registros, a seleção das regras de contagem (que obedece à presença, intensidade, ausência, frequência, direção e ordem de aparição) e a categorização (classes das unidades).

Para Bardin (1977), essa fase “corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto...” o que facilita a análise das informações, pois reúne um grupo de elementos com características comuns e que derivam um significado, e foram comparados entre si e agrupados por afinidade.

Após as releituras, surgiram os temas que expressavam os sentidos significativos dos participantes da pesquisa e que representavam suas experiências na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres imigrantes.

O Quadro a seguir apresenta os temas que emergiram dos relatos e as respectivas categorias responsáveis pela especificação deste tema:

TEMAS	CATEGORIAS
A EXPERIÊNCIA AO REALIZAR A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES IMIGRANTES	Sentimentos vivenciados na assistência às mulheres imigrantes
AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES IMIGRANTES	A comunicação com as mulheres imigrantes
	Aspectos culturais no atendimento às mulheres imigrantes
OS MEIOS ENCONTRADOS PARA FACILITAR A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES IMIGRANTES	Encontrando facilidades para o atendimento às mulheres imigrantes

Quadro 2: Temas e categorias da análise dos dados

A última etapa consiste no **Tratamento dos resultados e interpretação**, onde ocorrem a proposição de inferências e a realização de interpretações inter-

relacionando-as com a literatura pertinente à temática estudada. O resultado é realizado pela inferência e interpretação do conteúdo. A inferência permite observar, nas unidades de registros, uma ligação entre as categorias e a representação do significado da comunicação entre o emissor e o receptor.

6. RESULTADOS E ANÁLISE

6.1 Conhecendo as participantes do estudo

As participantes da pesquisa foram 11 enfermeiras, com idade entre 23 e 65 anos e tempo de formação de dois a 43 anos, variando entre um e 43 anos de atuação em obstetrícia. Nas entrevistas, mencionaram o atendimento ao trabalho de parto ou parto de mulheres imigrantes das seguintes nacionalidades: boliviana, chinesa, peruana, chilena, haitiana, síria e africana.

Para proporcionar melhor compreensão dos contextos nos quais as enfermeiras obstetra/obstetrizes se inseriam, é apresentada, a seguir, uma breve caracterização de cada uma delas, representada por nomes fictícios.

Ana

É enfermeira formada há 11 anos, trabalha como enfermeira obstetra há 6 anos, atualmente trabalha em um hospital municipal da Prefeitura de São Paulo, atuando na assistência ao parto, já atendeu a mulheres bolivianas, sírias e africanas.

Maria

É enfermeira formada há 7 anos, trabalha como enfermeira obstetra há 3 anos, atualmente trabalha em um hospital municipal da Prefeitura de São Paulo, atuando na assistência ao parto, refere ter tido a experiência de ter atendido a mulheres bolivianas, chinesas, africanas e haitianas.

Clara

É obstetriz formada há 43 anos, atua como obstetriz há 43 anos, atualmente trabalha em um hospital municipal da Prefeitura de São Paulo, atuando na assistência ao parto, refere ter realizado a assistência a mulheres bolivianas, chinesas e africanas.

Laura

É enfermeira formada há 5 anos, trabalha como enfermeira obstetra há 2 anos, atualmente trabalha em um hospital municipal da Prefeitura de São Paulo, atuando na assistência ao parto, refere ter realizado a assistência a mulheres bolivianas, chinesas e africanas.

Júlia

É enfermeira formada há 6 anos, trabalha como enfermeira obstetra há 5 anos, atualmente trabalha em um hospital municipal da Prefeitura de São Paulo, atuando na assistência ao parto, refere ter realizado a assistência a mulheres bolivianas, chinesas, africanas e sírias.

Mariana

É enfermeira formada há 7 anos e trabalha como enfermeira obstetra há 3 anos, atualmente trabalha em um hospital municipal da Prefeitura de São Paulo e em um hospital particular de São Paulo, atuando na assistência ao parto, refere ter realizado a assistência a mulheres bolivianas, chinesas e haitianas.

Beatriz

É obstetriz formada há 5 anos e atua como obstetriz há 4 anos, atualmente trabalha em uma Casa de Parto em São Paulo, refere ter atendido a bolivianas, paraguaias, chilenas e peruanas.

Luciana

É enfermeira formada há 15 anos e atua como enfermeira obstetra há 15 anos, atualmente trabalha em um hospital estadual em São Paulo, refere ter atendido a mulheres chinesas, angolanas e bolivianas.

Carolina

É enfermeira formada há 2 anos, atua como enfermeira obstetra há 1 ano, atualmente trabalha em um hospital estadual em São Paulo, refere ter atendido a mulheres bolivianas e peruanas.

Rose

É obstetriz formada há 4 anos, atua como obstetriz há 3 anos, trabalha atualmente em um hospital estadual em São Paulo, refere ter atendido a mulheres bolivianas, haitianas, chinesas e africanas.

Camila

É enfermeira formada há 2 anos, atua como enfermeira obstetra há 2 anos, trabalha atualmente em um hospital estadual em São Paulo, refere ter atendido a mulheres bolivianas.

6.2. Análise das entrevistas

Os discursos das participantes apresentaram aspectos únicos que revelaram suas percepções singulares sobre a assistência ao parto de mulheres imigrantes, trazendo o ponto de vista do colaborador e de sua própria interpretação sobre o tema.

A partir das entrevistas feitas, realizaram-se uma análise e uma classificação de acordo com semelhanças nos conteúdos representados e nas falas, apresentadas a seguir pelo tema e suas categorias.

6.2.1. A experiência ao realizar a assistência às mulheres imigrantes

Sentimentos vivenciados na assistência às mulheres imigrantes

Na vivência de assistir o parto de mulheres imigrantes, emergiram diversos sentimentos nas participantes da pesquisa, foi relatado como uma experiência marcante, diferente, difícil e de aprendizado, trazendo sentimentos como apreensão e curiosidade e também algumas dificuldades.

Foi uma experiência diferente, bem diferente tanto pela cultura delas, em como lidar, falar, a maioria delas não falavam português, não entendiam direito, é também diferente por não ser tão frequente, então a gente também fica um pouco apreensiva em como é lidar com elas... ,acho que por ser uma cultura bem diferente da nossa também é mais difícil, porque a gente não sabia como era pra

ela lidar com essa situação (falando de uma paciente da Síria). (Ana).

Da primeira vez que eu fui fazer o parto de uma paciente que falava francês, nossa, foi difícil, mas também foi muito legal, eu gostei muito, ela me agradeceu muito, como eu era a que falava um pouquinho, acabei ficando mais próxima dela para conseguir dar as orientações, fazer as perguntas da internação e aí acabou me marcando por conta disso (Maria).

Acho que é sempre uma experiência diferente e uma experiência boa também porque a gente sempre aprende um pouco mais sobre outras culturas, sobre o outro (Júlia).

As participantes trazem como uma experiência diferente o atendimento às mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto, sendo necessário compreender melhor essas diferenças e como poder atender melhor a essas mulheres.

A assistência ao parto de mulheres imigrantes é relatada pelas participantes como uma experiência difícil, quando os enfermeiros não conseguem prestar cuidados podem se sentir angustiados, porque é nesse momento que são realizadas as avaliações sobre o paciente e um plano de cuidados, o cuidar para os enfermeiros sempre foi e continua sendo valorizado como fundamental na profissão (SHIMIZU, 1996), portanto ao mesmo tempo em que sentimentos positivos aparecem durante a assistência às mulheres imigrantes, sentimentos negativos podem também estar presentes, por ser uma situação desconhecida e por não conseguirem planejar o cuidado devido às dificuldades encontradas.

Maria cita a importância do reconhecimento do trabalho através do agradecimento da paciente. Quando o trabalho é reconhecido pelos usuários dos serviços de saúde, o trabalhador entende a sua importância, percebe o valor de seu trabalho e, apesar da energia despendida, sente que “valeu a pena” (MARTINS, 2008). Dessa forma o enfermeiro obstetra/obstetriz consegue perceber que mesmo com as dificuldades realizou uma boa assistência.

Enquanto a maioria das participantes relatou a experiência em assistir mulheres imigrantes como desafiadora, expondo algumas dificuldades, a

colaboradora 3 referiu como natural a condução do trabalho de parto, colocando não ter sentido dificuldades no atendimento às mulheres imigrantes.

Eu não me lembro de ter dificuldades, acho que é o trabalho de parto e o parto é uma situação bem focada, que não tem muitas maneiras de fazer, então acho que tem como ajudar e conduzir naquele momento, a gente consegue ficar muito próximo delas e acho que se a gente está próximo a gente consegue, consegue entender o momento, a evolução, a gente vai acompanhando e normalmente elas entendem, acho que elas sabem muito mais que a gente, elas vêm preparadas pro Brasil, acaba entendendo o que a gente fala (Clara).

Clara foi a profissional com maior tempo de formação e maior tempo atuando na obstetrícia e relatou ter atendido diversas mulheres imigrantes e de diversas nacionalidades, referindo não ter dificuldades durante o seu atendimento. Por mais que o trabalho de parto evolua na maioria das vezes de forma natural, deve-se levar em conta que o parto e o nascimento são um processo fisiológico, que também têm uma linguagem cultural, o parto é um evento holístico, universalmente é um evento biológico, e um evento particular de cada sociedade, sendo a fisiologia do parto significada culturalmente (JORDAN, 1993; GUALDA, 2002).

As imigrantes possuem algumas limitações no acesso aos cuidados nos serviços de saúde. As práticas diferentes ou mesmo desconhecidas e a ausência de domínio da língua do país de acolhimento podem fazer com que suas reais necessidades não sejam realizadas. Os imigrantes recém-chegados, que nunca tiveram contato com os serviços públicos de saúde, que se encontram em situação irregular e de precariedade, que é o caso de grande parte dos imigrantes, são os mais vulneráveis no atendimento à saúde (YAJAHUANCA, 2015).

Sendo assim, a maioria dos imigrantes pode se deparar com uma assistência à saúde diferente do seu país de origem, e quando se trata do trabalho de parto e parto, é fundamental conhecer os valores, hábitos e costumes da mulher, para que o trabalho de parto e parto seja conduzido além do fisiológico, mas considerando todos esses aspectos que envolvem a mulher imigrante.

Por mais que os mecanismos do parto ocorram da mesma forma em todas as mulheres, como Clara cita quando diz “que não tem muitas maneiras de fazer”, não podemos considerar o trabalho de parto e o parto igual para todas, pois diversos aspectos devem ser considerados na sua assistência, principalmente se tratando de mulheres imigrantes e que possuem aspectos tão singulares.

O estar próximo e o apoio promovido pelos profissionais de saúde são muito importantes, durante o trabalho de parto e parto. Como Clara diz em sua fala “a gente consegue ficar muito próximo delas e acho que se a gente está próximo a gente consegue, consegue entender o momento”, é fundamental para poder dar o suporte e assistência adequada às mulheres imigrantes.

As atividades de apoio, durante o trabalho de parto, podem ser classificadas, segundo Hodnett e Osborn (1989) em quatro categorias: suporte emocional, que consiste em encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; medidas de conforto físico como massagens e compressa fria; suporte de informações realizadas por orientações, instruções, conselhos e defesa que consiste em interpretar os desejos do casal frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo.

Os efeitos do suporte à parturiente estão mais associados à redução da taxa de cesariana, redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento (BRUGGEMANN; PARPINELLI; DUARTE OSIS, 2005), portanto o apoio à paciente, durante o trabalho de parto e parto, traz diversos benefícios, mas muitas vezes esse apoio pode ser dificultado pela comunicação e pelas diferenças culturais.

É possível perceber que os enfermeiros obstetras/obstetrizes trazem as dificuldades apresentadas no atendimento às mulheres imigrantes, principalmente por não conseguirem se comunicar e lidar com culturas diferentes. A falta de conhecimento sobre culturas diferentes e não conseguir se comunicar para conhecer como gostariam que fosse realizado o cuidado parece ser uma barreira e gerar uma apreensão nos profissionais, mas a maioria mostrou interesse e a importância em conhecer melhor outras culturas, como Júlia quando traz que “a gente sempre aprende um pouco mais sobre outras culturas, sobre o outro” e se esforçam para estar ao lado das pacientes, durante a assistência.

Esse reconhecimento da necessidade de um cuidado diferente, levando em conta as barreiras e dificuldades que as mulheres imigrantes enfrentam, é fundamental para que o enfermeiro possa realizar a assistência adequada, considerando todos os aspectos culturais e o contexto em que as mulheres imigrantes estão inseridas, e se mostra importante para a maioria das participantes da pesquisa.

É necessário que os profissionais possam discutir e refletir mais sobre essas dificuldades encontradas e os sentimentos gerados durante essa experiência, para assim poder encontrar meios de facilitar o cuidado e partilhar de suas experiências com os outros profissionais.

Akhavan (2012) traz em seu estudo que as enfermeiras obstetras demandam mais tempo no atendimento às mulheres imigrantes, para explicar e para ter a certeza de que a paciente entendeu o que foi dito, o que também foi referido por algumas participantes.

Às vezes a gente acaba demorando mais para conseguir dar as orientações, mas isso também faz que a gente fique mais próximo delas, fica mais tempo do lado delas (Maria).

Você precisa demandar um tempo maior porque você precisa explicar devagar, falar devagar pra ela entender (Laura)

Essa demanda de maior tempo no atendimento pode acabar aproximando o profissional e a paciente, assim como relatado, porém sabemos que nem sempre os profissionais conseguem ter o tempo que gostariam devido às demandas do trabalho.

Foi relatada pelas participantes a percepção do atendimento às mulheres imigrantes no serviço, mostrando por um lado o esforço de alguns profissionais no atendimento, e de outro lado o preconceito dos profissionais com relação aos imigrantes.

Eu vejo um esforço muito grande dos profissionais em querer entender, de todos os profissionais, de tentar compreender, ver o que elas querem, se estão precisando de ajuda, orientar, com calma, paciência pra explicar (Carolina).

Acho que existe um preconceito, principalmente pela resistência médica, de pouco caso mesmo, tem um preconceito, não gostam, já rotulam, já teve caso de uma mulher brasileira que estava junto no quarto com a boliviana e ela fazer uma reclamação do que ela testemunhou contra a boliviana, então isso existe, mas acho que isso é do profissional que está atendendo. Não existe o mesmo cuidado com elas e é meio até um descaso, não é um tratamento respeitoso, é diferente, elas, por exemplo, costumam ter os pelos pubianos longos, e fazem piada com isso, então é muito desagradável (Luciana).

Às vezes eu percebo um pouco de preconceito, eu vejo um pouco de preconceito em relação às questões culturais, as bolivianas, por exemplo, gostam de deixar o bebê bem agasalhado, aí o profissional chega e já vai tirando tudo, não explica e pra ela é importante, se ela faz daquele jeito é porque pra ela tem um fundamento (Carolina).

A gente via muito preconceito das enfermeiras que falavam elas não tomam banho, são todas porcas, não quer dar banho no bebê (Beatriz).

Alguns estudos mostram dificuldades no relacionamento entre profissionais e imigrantes devido à existência de estereótipos e preconceitos dos profissionais em relação a estas populações, essa atitude face aos imigrantes pode ser reflexo da insuficiente capacidade dos profissionais para lidar com populações culturalmente diversas (DIAS et al., 2010).

Luciana traz em sua fala esse preconceito, que observou em alguns profissionais que teve contato “tem um preconceito, não gostam, já rotulam... Não existe o mesmo cuidado com elas e é meio até um descaso, não é um tratamento respeitoso, é diferente”. Waldman (2011) mostra em seu trabalho realizado sobre a saúde dos bolivianos no Brasil o caráter negligente no atendimento de imigrantes por alguns profissionais como médicos, enfermeiros e funcionários administrativos, resultado da falta de conhecimento e sensibilidade desses profissionais sobre a população imigrante.

A falta de informação e a falta de formação adequada dos profissionais para trabalhar com imigrantes tornam o acolhimento a essa população bastante complexo. As mulheres imigrantes referem que são mal atendidas, com falta de atenção, sentem medo, e muitas vezes as práticas médicas são consideradas violentas e traumatizantes, não respeitando modos de proteção tradicional próprias de seus saberes (YAJAHUANCA, 2015).

É importante que o profissional de saúde tenha empatia, empatia “(...) significa sentir aquilo que ele sente, sem que, necessariamente, estejamos vivendo o que ele está vivendo” (BOEMER, 1984), ou seja, a empatia do enfermeiro obstetra/obstetriz ou de qualquer outro profissional é fundamental para a assistência, é necessário reconhecer todo o contexto que essas mulheres estão vivendo, respeitar sua cultura, seus costumes, seu modo de vivenciar o parto e nascimento. Rotular as mulheres imigrantes e criar preconceitos pode dificultar ainda mais a assistência a essas mulheres, criando um distanciamento entre o profissional e as mulheres, e ainda mais barreiras para a formação do vínculo.

A situação de ser imigrante e as condições de vida das imigrantes também foram relatadas durante as entrevistas, mostrando uma preocupação que vai além apenas do momento de internação para o parto, mas de condições de vida das mulheres imigrantes.

Muitas são recém-chegadas, algumas estão há mais tempo, já atendi mulheres que eram refugiadas da Síria, então elas já vêm numa situação difícil né, já vêm em uma situação de fragilidade e normalmente elas vêm pra cá buscando condições melhores de vida, mas a gente sabe que elas acabam tendo uma situação de vida bem difícil, as bolivianas, as chinesas também, as bolivianas normalmente trabalham na costura e pelo que a gente sabe é uma carga horária bem pesada, elas vivem em uma situação bem precária de moradia, de condições de trabalho, de condições de higiene, então a gente sabe que elas vêm em uma situação bem difícil, tentando uma vida melhor, mas acabam encontrando aqui situações bem difíceis, então elas já chegam no serviço de saúde acho que numa situação de fragilidade, as refugiadas também porque elas estão vindo fugindo da guerra, então vêm numa situação difícil (Júlia).

Entender que as mulheres imigrantes estão em uma situação de fragilidade, por estar em um processo de mudança, longe de seu país, de sua cultura e muitas vezes por se encontrarem em situações precárias, de moradia e de trabalho no país de acolhimento, é importante para pensar no cuidado integral a essa população, além disso, perceber, compreender e respeitar que essas mulheres possuem costumes e tradições diferentes, procurando conhecer melhor essa população sem julgamentos e preconceitos é essencial para o acolhimento dessas mulheres nos serviços de saúde.

Perceber que a assistência às mulheres imigrantes é diferente e é o primeiro passo para o cuidado transcultural, admitir que existem dificuldades e enxergar isso como um obstáculo que necessita ser enfrentado, fazendo com que essa experiência se torne positiva tanto para o profissional quanto para a mulher que está sendo atendida é importante para que a assistência se torne cada vez melhor.

6.2.2 As dificuldades encontradas na assistência às mulheres imigrantes

A comunicação com as mulheres imigrantes

As entrevistas mostraram que a comunicação tem um papel importante na assistência às mulheres imigrantes. Assim como alguns estudos já realizados (Tobin, Lawless, 2014; Akhavan, 2012), as barreiras na linguagem foram identificadas como um desafio para a assistência às mulheres imigrantes. Na fala da enfermeira obstetra Maria, podemos entender como ela tenta se comunicar com uma paciente em trabalho de parto:

Acho que para dar as orientações do trabalho de parto, de como é, como está evoluindo é mais difícil, mas assim, como as orientações, tudo a gente pode tentar fazer um pouco de mímica, por exemplo, vou colocar a paciente na bola, então eu sento na bola, mostro o exercício para ela, como fazer, e acho que isso facilita muito, vou colocar ela no banquinho ou no cavalinho, mostro também pra ela como faz, então assim fica mais fácil, estimular a andar também (Maria).

As dificuldades na comunicação foram uma das principais preocupações mostradas pelos participantes por diversas razões, sendo que algumas participantes se mostraram preocupadas com a compreensão das mulheres imigrantes sobre o que era transmitido.

A gente acaba orientando, mas acaba sendo mais conforme o trabalho de parto vai andando, então a gente tenta falar pra ela o que é bom fazer, por exemplo, caminhar, ir para o banho, fazer exercício conforme o trabalho de parto vai evoluindo, mas a gente acaba não sabendo também como é a compreensão delas em relação a isso, se ela entende dos benefícios do que a gente tá orientando ou se ela acaba fazendo porque a gente tá lá falando e mostrando ou se ela realmente entende o que a gente tá orientando (Júlia).

Então, demorou um pouco para a gente conseguir entrosar e desenvolver bem a nossa comunicação, e também era difícil por ela não entender português, falar só o árabe, a gente acabava tentando falar em inglês, o marido usava o celular para traduzir, mas é difícil porque no exame de toque, por exemplo, a gente precisava explicar o que ia fazer, e a gente não sabia se ela estava entendendo e quando ela perguntava também a gente não sabia explicar (Ana).

Acho que a parte mais difícil é você tentar acalmar uma paciente que não entende o que você fala, isso é bem difícil, e é uma situação difícil pra ela também, que muitas vezes está passando pelo trabalho de parto pela primeira vez, não entende o idioma, uma cultura diferente e não está entendendo o que está acontecendo (Maria).

No estudo de Akhavan (2012), a linguagem foi um instrumento fundamental para promover uma comunicação eficaz, onde as enfermeiras relatam que seria muito melhor se a paciente falasse a língua do país e que mesmo com intérpretes a comunicação é difícil, mas também trazem que não importa se a paciente sabe ou não a língua, que a enfermeira deve prestar um bom cuidado e adaptar suas formas de comunicação.

Como podemos ver pelas falas, as enfermeiras obstetras/obstetrizes procuram adaptar as formas de comunicação. A enfermeira obstetra Maria traz em sua fala essas adaptações “como as orientações, tudo a gente pode tentar fazer um pouco de mímica, por exemplo, vou colocar a paciente na bola, então eu sento na bola, mostro o exercício para ela, como fazer”, porém questionam a compreensão das pacientes, por mais que elas entendam o que está sendo falado, como, por exemplo, quando o profissional orienta a paciente a caminhar, elas podem não compreender a orientação realizada sobre os benefícios da deambulação no trabalho de parto, como traz a enfermeira obstetra Júlia “a gente acaba não sabendo também como é a compreensão delas em relação a isso, se ela entende dos benefícios do que a gente tá orientando ou se ela acaba fazendo porque a gente tá lá falando e mostrando ou se ela realmente entende o que a gente tá orientando”.

O uso de intérpretes é questionado em alguns estudos (Tobin, Lawless, 2014; Akhavan, 2012), é uma ferramenta que as enfermeiras relatam ser importante para promover um bom cuidado, mas também pode trazer algumas desvantagens, quando os profissionais não sabem o quanto da informação foi traduzido pelo intérprete e a precisão da informação que foi passada e recebida. Durante as entrevistas realizadas, os participantes também relataram suas experiências com intérpretes, mostrando também esses dois lados do uso de intérpretes.

Acho que o que facilitaria é pelo menos ter alguém que consiga entender e conversar com aquela paciente, um profissional, que tenha um intérprete, acho que isso ajudaria muito (Maria).

Tanto que lá (no hospital) tinha as intérpretes que até atrapalhavam mais que ajudavam porque a gente que conduzia né, e a gente não sabe como elas estão passando o que a gente fala (Clara).

Às vezes as chinesas tinham uma intérprete com elas, mas também não era sempre e isso facilitava um pouco, mas eu acho também que não é a mesma coisa ter um intérprete do que se ela realmente entendesse né, acho que o intérprete ajuda em alguns pontos, mas não é a mesma coisa dela entender e a da gente entender também, mas ajuda (Júlia).

Teve também uma paciente da Nigéria, que foi difícil atender, como ela não falava português, foi muito difícil saber o histórico dela, ela tinha algumas patologias, mas a gente não conseguia saber se ela fazia o tratamento, não tinha pré-natal, não tinha exames, nada, foi bem difícil porque sem entender, sem saber as informações, a gente e a equipe não sabia qual a melhor conduta, então isso é o que complica, se houvesse alguém para ajudar nessa comunicação poderia facilitar (Mariana).

As participantes referem como na maior parte das vezes é benéfica a presença do intérprete, ou mesmo alguém da família que possa ajudar na comunicação, por mais que essa comunicação entre o profissional e o paciente seja intermediada por outra pessoa, compreender um pouco e também poder ser compreendida pode facilitar o cuidado, além disso, dessa forma é conhecer o histórico da paciente que é fundamental para o planejamento da assistência e de sua segurança.

Purnell (2009) alerta para a necessidade de aumentar a atenção e o cuidado na comunicação com a cultura e no processo de integração dos serviços de saúde, colocando maior ênfase nos cuidados de uma melhor atenção. Também orienta os profissionais da saúde a solicitar ajuda de tradutores para quem tem dificuldade com o idioma, com o intuito de não causar constrangimentos nos usuários nem frustrações nos próprios profissionais. Este tipo de dificuldade pode ser superado se os cuidados forem adotados e todos os sujeitos envolvidos na comunicação forem devidamente respeitados, criando assim um ambiente favorável e confortável tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde.

Estudos mostram que as barreiras na linguagem podem afetar o cuidado à saúde. Quando um paciente não fala a língua do seu provedor de saúde, múltiplos efeitos adversos à saúde do paciente podem ocorrer, o que leva a uma menor satisfação do atendimento e subutilização dos serviços de saúde (DIAS et al., 2010).

Segundo Akhavan (2012), as enfermeiras consideram a comunicação como um papel importante que pode contribuir para a assistência às mulheres imigrantes, e que é importante deixar que a mulher imigrante fale o que ela precisa e o que ela quer durante a assistência.

Em um estudo que mostra a experiência de mulheres bolivianas imigrantes, durante a gravidez, parto e pós-parto, foi evidenciada a dificuldade por parte da paciente em ser compreendida, “quando mandaram para tomar banho, eu dizia: se vai perder a dor [contrações], porque eu já conheço meu corpo, mas eles [profissionais] não entendem, aí eles só dizem você vai banhar para que ajude a dilatar”. As mulheres bolivianas referem que a linguagem é uma problemática, que o profissional não entende e que elas são ignoradas por não entenderem o idioma, que reiteradas vezes se menciona que “as bolivianas não entendem nada”. Esse corte comunicacional também dificulta para as famílias a manifestação de suas reais necessidades e problemas de saúde, no momento da atenção, no serviço de saúde (YAJAHUANCA, 2015).

Os profissionais de saúde também sentem dificuldades em saber como lidar com as mulheres imigrantes, como realizar o cuidado, e por não entenderem como as mulheres gostariam que fosse realizado o cuidado, acaba sendo mais difícil essa assistência. Como consequência, os profissionais podem acabar realizando ações que podem de certa forma ferir os costumes das mulheres imigrantes por não terem conhecimento disso, como por exemplo, o banho. Segundo Yajahuanca (2015), muitas vezes as pacientes bolivianas são orientadas a entrar no chuveiro para relaxar e ajudar no avanço do trabalho do parto, mas elas não compartilham a ideia de que entrar no chuveiro é para ajudar no trabalho de parto. Isso colide com seus cuidados tradicionais, sendo que nem sempre os profissionais compartilham desse conhecimento.

Acho que se a gente conseguir pelo menos conversar com ela e ela expor “olha, na minha cultura a gente faz assim, faz dessa maneira”, e aí a gente poderia colocar pra ela que a gente iria tentar aceitar o máximo, mas que apesar da cultura dela ter que ser respeitada algumas coisas são obrigatórias na nossa cultura, porque como ela não fala a nossa língua, acaba não conseguindo nem passar pra gente como ela gostaria que fosse, e às vezes pode ser uma coisa tão simples, que a gente poderia fazer diferente se soubesse, acho que são pequenos detalhes que podem ser melhorados (Maria).

Eu sinto que a maior dificuldade é a comunicação, porque da cultura você acaba conseguindo fazer o necessário, tem outra questão da higiene, elas não querem tomar banho, no trabalho de parto eu percebo que elas acabam cedendo, você fala que ameniza e melhora a dor no trabalho de parto e elas vão (Luciana).

Por não conhecer aspectos culturais, os profissionais podem acabar forçando que as mulheres realizem ações que podem ferir seus costumes, como a questão do banho para as mulheres bolivianas, é uma questão que vai além do entendimento dos benefícios do banho para o trabalho de parto, é uma questão cultural para essas mulheres. Quando a enfermeira obstetra Luciana em sua fala refere que “elas acabam cedendo”, mostra muitas vezes a imposição do que consideramos benéfico no trabalho de parto, sem perceber ou conhecer o real significado e o que é culturalmente aceito pelas mulheres imigrantes.

Quando a comunicação é prejudicada, o diálogo entre profissional de saúde e paciente é ainda mais difícil, fazendo com que os profissionais tomem decisões, durante o trabalho de parto e parto, sem muitas vezes a participação da própria mulher, dessa forma suas atitudes e condutas podem ser incompreendidas pela mulher e até mesmo impostas.

Em um estudo sobre a vivência do parto com mulheres de uma comunidade, Gualda (1993) observou que, durante o nascimento, os profissionais tomam decisões com base em seus conhecimentos adquiridos ao longo de suas experiências, conforme seus critérios e valores socialmente transmitidos. Estes revelam muitas vezes conflito com os saberes das mulheres, com o que é compartilhado na rede social de apoio e com a própria experiência vivida, sendo possível perceber que existem tensões entre os saberes das mulheres e os saberes dos profissionais. Os relatos nesse estudo mostram a necessidade de uma adesão das mulheres por meio do convencimento e da orientação, onde são esperadas a adesão e a colaboração das mulheres quanto às práticas que são realizadas e formas de assistência. O teor da orientação mostrou-se muitas vezes como uma norma, onde o saber profissional norteia a assistência e não abre espaço para que as mulheres compartilhem seus próprios saberes sobre como o parto acontece, nem leva em consideração suas experiências e subjetividades.

A comunicação é uma via de mão dupla, pois se consideram os sujeitos envolvidos na ação, já que este cuidado é relacional, concretizando-se sempre para e/ou com alguém. A comunicação, portanto, é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz (FERREIRA, 2006).

A comunicação não verbal também se mostrou presente nos discursos, esse tipo de comunicação abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, em um contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entonação da voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão; e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas que individualizam o indivíduo, dentro de seu contexto específico (SILVA, 2002).

Esses sinais não verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos. Em caso de conflito entre a mensagem verbal e a comunicação não verbal, a mensagem não verbal prevalecerá (SCHELLES, 2008).

Podemos perceber pela fala das participantes a importância da comunicação não verbal, durante a assistência às mulheres imigrantes:

A gente acha que tem dificuldade, mas acho que a gente consegue interagir com mímica o que a gente pedia, por gestos, mímica, explicando elas entendiam (Maria).

A gente vai tentando ajustar, com mímica, a gente vai se entendendo (Ana).

A língua é muito difícil, a gente não entende nada, e eles não entendem, fica todo mundo olhando sem entender. Mas a gente tenta se comunicar, por exemplo, a gente sentava na bola, sentava no cavallinho pra mostrar (Mariana).

Acho que para estabelecer o vínculo, eu tento outras formas quando não se tem a comunicação verbal, tento outros jeitos, às vezes com toque, estar perto, mostrar que a gente está aqui para ajudar, mas algumas vezes é difícil, porque eu quero ajudar de uma

forma, mas não é aquela ajuda que ela quer, e aí a gente fica pensando se está realmente dando a assistência que ela precisa, que ela quer, que ela merece (Camila).

A comunicação através de gestos e mímicas acaba sendo uma forma que os profissionais de saúde encontraram para facilitar o entendimento às mulheres imigrantes, porém, nem toda informação é possível de ser passada e compreendida dessa forma, e a informação muitas vezes pode acabar se perdendo.

As barreiras na comunicação podem dificultar a comunicação e o estabelecimento do vínculo durante a assistência, conforme relatado.

A obstetrícia precisa que você crie vínculo com as pacientes, então dependendo do que ela compreende da língua fica mais difícil da gente ter essa proximidade. Com as bolivianas a gente consegue entender melhor, eles entendem melhor a gente também por causa do idioma que não é tão diferente, mas as chinesas, em especial, é bem difícil porque elas entendem poucas palavras, a gente não entende absolutamente nada do que elas falam, então assim, se a gente tem a oportunidade de ter uma tradutora com elas fica um pouco mais fácil. Mas eu acho que falta um pouco, a gente acaba ficando mais distante delas porque não consegue criar o vínculo de forma mais profunda mesmo (Laura).

Acho que para estabelecer o vínculo, eu tento outras formas quando não se tem a comunicação verbal, tento outros jeitos, às vezes com toque, estar perto, mostrar que a gente está aqui para ajudar, mas algumas vezes é difícil, porque eu quero ajudar de uma forma, mas não é aquela ajuda que ela quer, e aí a gente fica pensando se está realmente dando a assistência que ela precisa, que ela quer, que ela merece (Camila).

A conversa como forma de interação se mostra essencial, pois, através dela, se estabelece o vínculo necessário para interagir melhor com o cliente. Mesmo a do tipo descontraído, por vezes, ocasional, permite ao cliente expressar seus sentimentos, suas dúvidas e preocupações. No campo da enfermagem, a conversa vem emergindo como eixo integrador do cuidado. Ela transmite afeto, segurança,

solidariedade, além de expressar a condição de estar disponível ao outro. Esses elementos são essenciais à efetividade do cuidado, uma vez que resulta em bem-estar e conforto ao cliente (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008).

A comunicação se mostra essencial na assistência às mulheres, durante o trabalho de parto e parto. Segundo Domingues et al. (2004), as informações recebidas pelas mulheres, durante o trabalho de parto e parto, apresentaram uma clara associação com a satisfação em relação à assistência, ou seja, quanto mais completa e suficiente a orientação foi percebida pela parturiente, maior a satisfação em relação à assistência à parturição. Além disso, o grau de informação pode aumentar a percepção da mulher sobre a evolução do parto e favorecer a sua participação nas decisões e escolhas sobre as condutas adotadas nesse momento.

A formação do vínculo entre o profissional de saúde e a mulher é essencial tanto para que o profissional possa realizar uma boa assistência quanto para que a mulher se sinta acolhida e bem atendida, porém construir esse vínculo com as barreiras existentes na língua, quando se trata de uma população imigrante, é um grande desafio que demanda do profissional tempo, paciência e empatia.

A comunicação se mostrou como uma forte barreira na assistência às mulheres imigrantes, conforme retratado pelos participantes, as complicações na comunicação interferem no vínculo com as pacientes, dificultam as orientações e também dificultam para os profissionais ter o conhecimento de como a parturiente está se sentindo, o que gostaria de fazer durante o trabalho de parto e na compreensão de suas escolhas, seus costumes e tradições. Mesmo com as dificuldades, os profissionais procuram se comunicar através dos intérpretes e pela comunicação não verbal.

A informação sem adequação cultural, sem considerações de gênero e como parte de um processo comunicativo não é a saída para boa parte dos problemas de saúde e iniquidade. Portanto, nesse contexto, informar não é comunicar, quando se proporciona informação de saúde que não parte do reconhecimento dos saberes individuais (YAJAHUANCA, 2015).

A comunicação vai muito além de passar a informação, é necessário conhecer o outro e compreender suas vontades. A comunicação com as mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto, é uma via de mão dupla, que vai, além de orientar e fazer com que elas compreendam as orientações, procurar

entender o que elas querem dizer, e se o que estamos orientando faz sentido para ela, seu modo de vida e sua cultura.

Aspectos culturais no atendimento às mulheres imigrantes

A Enfermagem Transcultural tem como objetivo prover uma forma de cuidar que seja sensível e tenha origem nas necessidades do indivíduo, da sua família e dos grupos culturais. Estes devem ser estudados em profundidade para possibilitar um tipo de cuidado culturalmente congruente com as necessidades da população. O cuidado de enfermagem terapêutico e eficaz é culturalmente determinado e embasado nas necessidades do ser humano, podendo ser culturalmente validado. As culturas têm seu modo peculiar de comportamento relativo ao cuidado, que geralmente é conhecido pelos integrantes da própria cultura, mas frequentemente desconhecido por enfermeiras com bagagem cultural diferente (MOURA et al., 2005).

As participantes do estudo relataram, durante as entrevistas, conhecer alguns cuidados específicos de cada cultura, esse conhecimento pode possibilitar uma assistência mais adequada, respeitando culturalmente as mulheres atendidas.

Em relação à cultura também tem algumas diferenças, as bolivianas são muito mais tolerantes à dor, então assim, elas não costumam reclamar, não costumam se queixar, não costumam gritar, são bem contidas, todas as orientações que você dá elas aceitam, elas gostam das posições verticalizadas, ficar de cócoras, elas até preferem mais do que as brasileiras, as chinesas acho que talvez pela orientação da intérprete elas já costumam querer ter o parto na cama, então elas são mais resistentes a outras posições, preferem ficar deitadas, já sabem que precisam empurrar na hora que vem a contração, colocar a mão no puxador pra poder a força, e as africanas também aceitam melhor as orientações que a gente dá, as chinesas não gostam muito de caminhar, as bolivianas não gostam muito do banho, então cada uma tem uma especificidade mesmo, que é diferente (Laura).

As bolivianas, por exemplo, não gostam quando é cesárea, preferem muito mais o parto normal e às vezes por algum motivo que tem que ser cesárea elas acabam não aceitando muito bem, a que atendi pelo menos, acabou chorando muito (Júlia).

Às vezes elas levavam chás, que diziam que ajudava no trabalho de parto, então como a intérprete falava pra gente de como era a gente acabava sabendo que isso fazia parte da cultura delas e gente deixava, porque acho que ia ajudar durante o trabalho de parto (Júlia).

Esse conhecimento cultural é adquirido pela própria experiência no atendimento às mulheres imigrantes. Laura traz em sua fala um pouco do que conhece sobre cada nacionalidade “africanas também aceitam melhor as orientações que a gente dá, as chinesas não gostam muito de caminhar, as bolivianas não gostam muito do banho, então cada uma tem uma especificidade mesmo, que é diferente”, mas acabam tendo mais conhecimento naquelas nacionalidades mais atendidas e podendo encontrar barreiras, quando se deparam com nacionalidades e culturas diferentes, como a enfermeira Júlia traz em sua fala:

A comunicação, a cultura também pode dificultar, por exemplo, a gente acaba conhecendo um pouco mais sobre a cultura conforme vai passando pelas situações... algumas coisas de algumas culturas a gente acaba conhecendo porque acaba tendo mais contato, atende mais, as bolivianas, por exemplo, que a gente atende mais, acaba conhecendo um pouco mais como é, então a gente acaba sabendo um pouco melhor como lidar, como é a cultura delas, mas quando são pacientes que vêm de lugares mais diferentes, como por exemplo as que vêm da Síria, a gente acaba não sabendo muito bem como lidar, e quando é bem diferente da nossa cultura, às vezes é difícil por a gente não conhecer mesmo, a gente acaba fazendo as coisas sem saber muito bem se é o que elas estão acostumadas, se é assim na cultura delas (Júlia).

Segundo Leininger (2002), alguns pontos são importantes no Cuidado Transcultural:

1) Preservação Cultural do Cuidado que implica em ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, para auxiliar as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou conservar valores importantes de cuidados, de maneira que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da enfermidade ou enfrentar as deficiências e/ou a morte;

2) Acomodação Cultural do Cuidado que engloba ações e decisões profissionais assistenciais criativas, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a se ajustar ou negociar com outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os responsáveis pelos cuidados profissionais;

3) Reestruturação do Cuidado Cultural que junta as ações e decisões profissionais assistenciais apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que auxiliam o cliente a reorganizar, permutar ou modificar sua maneira de vida para um novo padrão de atendimento à saúde. A esse respeito, a reestruturação requer o uso criativo de um enorme conhecimento da base cultural do cliente e deve ser efetuada com base em seu modo de vida, enquanto são usados o conhecimento popular e o profissional.

Na prática, o processo de enfermagem baseado nesta Teoria está composto por várias etapas, nas quais a enfermeira aproxima-se do cliente identificando os cuidados culturais e desenvolvendo as ações de cuidados, preservando, acomodando ou repadronizando esses cuidados. Leininger (2002) diz que o processo avalia, com os clientes, os cuidados e/ou as ações desenvolvidas para a prestação de um cuidado cultural. Esta abordagem teórica contribui para ampliar a visão do campo de atuação da enfermagem, ao vislumbrar a possibilidade de aproximar a cultura profissional/institucional à cultura do cliente.

Gualda e Hoga (1992) afirmam que o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, mas de tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados, pois, quando os aspectos culturais não são considerados, suas ações poderão ser ineficazes e trazer consequências desfavoráveis para os assistidos.

Dessa forma, podemos perceber que a assistência às mulheres imigrantes deve ser realizada de forma individualizada e planejada, levando em consideração os aspectos culturais de cada mulher. Os conhecimentos referidos pelos

profissionais são baseados em suas próprias experiências, havendo o reconhecimento da cultura do outro e a adaptação do cuidado de acordo com a percepção das necessidades, das crenças e da individualidade de cada cultura, porém há a necessidade de encontrar novos meios para realizar o cuidado cultural.

Segundo Akhavan (2012), uma pessoa não consegue aprender sobre todas as diferentes culturas, mas ser culturalmente sensível significa aprender a aceitar, respeitar e estar aberto ao novo. Em seu estudo foi constatado que as enfermeiras gostariam de conhecer mais sobre a cultura e melhorar sua forma de comunicação e competência cultural.

Nas entrevistas, as enfermeiras relataram e demonstraram reconhecer a assistência à mulher imigrante como diferente, reconhecendo as diferenças culturais. A maioria relatou ser necessário um cuidado diferenciado, mesmo referindo não conhecerem a cultura e as diferenças no cuidado, se mostram interessadas em conhecer mais a cultura e a língua das mulheres imigrantes para poder proporcionar um cuidado culturalmente adequado.

A Preservação Cultural que Leininger (2002) refere como importante é o primeiro passo no Cuidado Transcultural, porém como os profissionais conhecem pouco sobre a cultura do outro, é difícil proporcionar ações e cuidados, para que as pessoas de outras culturas conservem valores importantes de cuidados.

Quando a gente pensa em imigrantes, a gente pensa no mundo inteiro, e no mundo inteiro são diversas culturas diferentes, pra gente poder entender um pouco da cultura do outro, a gente precisa entender tanto a cultura quanto o idioma, e eu acho difícil você conseguir abranger tantas culturas, acho que o que facilitaria é pelo menos ter alguém que consiga entender e conversar com aquela paciente, um profissional, que tenha um intérprete, acho que isso ajudaria muito. No Amparo, por exemplo, com as chinesas, lá ajudava bastante ter essa tradutora e acabou que a gente começou a conhecer mais a cultura deles e ficava mais fácil pra gente aceitar, por causa do número de pacientes que iam a gente começou a ficar familiarizado com isso (Maria).

Nas falas dos participantes, podem ser observados aspectos importantes relacionados à cultura e a preocupações acerca da aceitação da cultura, porém

notamos que as enfermeiras procuram entender e ser sensíveis às diferenças culturais, reconhecer essas diferenças e perceber que o outro pode demandar práticas diferentes de cuidado é um passo importante para o cuidado transcultural, porém sentem dificuldades em realizar a Acomodação Cultural do Cuidado e a Reestruturação do Cuidado Cultural, até por estarem inseridas em uma instituição hospitalar com normas e regras.

Em relação à cultura acho que é bem difícil também, mas durante o trabalho de parto e parto acho que não é tão difícil, acho que pesa mais no pós-parto, em algumas culturas você não pode levantar, tem que ficar sem tomar banho, a alimentação é diferente da nossa. Às vezes elas levavam algumas comidas, chás diferentes e até a gente se acostumar e aceitar que é a cultura deles, e você não barrar a cultura deles e impor a nossa é um pouco difícil, eu acho que infelizmente a gente acaba sobrepondo a nossa cultura em cima da deles, de modo forçado (Maria).

A comunicação acho que é o mais difícil, a cultura é bem diferente também, as chinesas têm a comunicação e a cultura, elas bebem água morna, não bebem água normal, então querem entrar com chás, mas não deixavam entrar, e elas querem, a intérprete falava que elas bebem água morna, fazem chás, porque aquilo é normal para elas, é cultural, e o hospital sempre barrava, tanto no centro de parto, quanto na maternidade, elas tentavam levar de alguma forma, mas não deixavam (Mariana).

A interculturalidade é a interação entre as culturas, de forma que se respeitem suas diversidades em um ambiente de interação e trocas. No contexto de encontro com o outro, pode ocorrer a supremacia de algumas identidades sobre outras, a ideia de interculturalidade deve incentivar o diálogo entre formações socioculturais diferentes, possibilitando maior tolerância da diversidade (MENEZES, 2012).

Ao “sobrepor nossa cultura”, Maria mostra esse encontro com o outro e suas diferenças, porém, ao entrar em contato com as mulheres imigrantes e suas diversas identidades culturais, devemos dar o valor e ter a flexibilidade para incorporar ao cuidado elementos que sejam significativos, para que elas sejam as

protagonistas deste processo, proporcionando um cuidado integral que seja culturalmente significativo.

O encontro entre culturas diversas revela o problema do etnocentrismo. O etnocentrismo é definido por Rocha (1988) como um fenômeno que envolve o encontro entre o mundo do “eu” e o mundo do “outro”, de maneira que é a tendência de avaliar e julgar os valores do outro, tomando como referência os valores do mundo do “eu”.

Assim, julgam-se outras culturas, tomando os nossos valores e nossas crenças como o centro, valorizando a cultura na qual se está inserido, menosprezando e diminuindo os valores daqueles que são diferentes de nós (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008).

Dessa forma, promover o cuidado transcultural é uma forma de ressignificar o cuidado, pois possibilita um diálogo entre as diferentes culturas. Segundo Gil (2007), possibilita a ressignificação de valores próprios e a significação de valores exteriores.

Beatriz trabalha em uma Casa de Parto e relata um cuidado mais individualizado, permitindo que as mulheres possam planejar seu parto, conseguindo adaptar o cuidado, de acordo com a cultura e costumes de cada mulher.

Como o cuidado aqui na casa de parto é bem individual, elas fazem o plano de parto, elas colocam tudo que querem no pré-parto, parto e pós-parto, então tem coisas que vão ser muito relevantes pra ela que a gente respeita, tem gente por exemplo que saiu de alta daqui e não deu banho no bebê, e tudo bem, a gente respeita, é uma opção, e elas se sentem muito bem acolhidas porque ninguém desrespeitou o que ela era.

Aqui a gente deixa entrar comida de fora, a gente até recomenda pra ela, se tiver alguma coisa que ela gosta de comer, que ela gostaria de ter durante o trabalho de parto, a gente fala pra trazer.

Já teve coisas diferentes, por exemplo, o parto de acordo com o candomblé, então a gente consegue respeitar bastante, consegue adaptar de acordo com o que a mulher quer (Beatriz).

Os profissionais devem possibilitar às mulheres o acesso a informações baseadas em evidências científicas que permitam que ela tenha condições de escolher que tipo de parto lhe faz sentir mais segura, de modo que possa elaborar um plano de parto que seja respeitado pela equipe que lhe assiste e que seja informada sobre todos os procedimentos a que será submetida, podendo inclusive sinalizar aqueles que ela não quer (BRASIL, 2014).

As mulheres devem ser encorajadas e orientadas desde o pré-natal a elaborar seu plano de parto, em se tratando de mulheres imigrantes a possibilidade de escreverem e registrarem o que desejam, durante o trabalho de parto, pode ser um instrumento importante para que os profissionais que irão atender a essas mulheres tenham conhecimento sobre a forma como gostariam de ser atendidas.

Esse cuidado individualizado permite que a mulher possa escolher como gostaria que fosse seu parto, respeitando sua cultura e seus costumes e adaptando esse cuidado, o que é fundamental no cuidado transcultural.

Os profissionais que atendem às mulheres devem considerar os aspectos culturais, em alguns países, por exemplo, como a Bolívia, as mulheres dão preferência para posições diferentes de parto, como a posição de quatro apoios, cócoras, penduradas em uma corda ou de joelhos, mas algumas vezes são obrigadas a ficar na posição de litotomia, durante o parto (YAJAHUANCA, 2015).

Vemos que ainda há uma resistência dos profissionais em permitir que as mulheres adotem as posições de parto que se sentem melhores ou estão mais familiarizadas, como no caso das bolivianas que têm uma preferência por posições verticalizadas, mas muitas vezes nos hospitais enfrentam essa resistência, como referido pelas colaboradoras.

Teve uma que queria muito um parto de cócoras, acho que era o sétimo filho dela e todos os outros ela teve de cócoras, e ela pediu pra ter esse parto de cócoras, mas o profissional que estava acompanhando ela não era muito aberto a posições verticais e falou que ela não iria parir de cócoras, aí ela ficou deitada, e ela não estava confortável deitada, e ela pediu muito que fosse de cócoras, mas não foi feito, ainda tem muita resistência a outras posições (Carolina).

No geral, acho que depende muito do profissional, já teve casos de atender mulheres bolivianas que tinha tido só parto de cócoras, quando a gente quis colocar ela na cama ela não quis de jeito nenhum, aí depende muito do profissional, eu vejo que não tem muito preparo porque acaba fazendo do jeito que ele acha melhor (Camila).

Teve algumas ocasiões que a mulher pediu para ser colocada em posição vertical, mas aí o profissional atendendo junto geralmente fala que a posição deitada é mais fácil, outros são mais abertos e fazem em posição vertical, mas eu vejo que tem uma barreira, mas acho que a questão do parto verticalizado ainda é muito novo pra gente, ainda tem uma resistência (Carolina).

É necessário o reconhecimento dos diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, procurando a individualização do cuidado, de encontro a essas expectativas, sempre que possível. Todos os procedimentos a serem realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção, e a mulher deve sentir que os mesmos são realmente necessários e que poderão contribuir tanto para o seu bem-estar como para o seu filho ou sua filha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Algumas enfermeiras se mostraram estar mais familiarizadas com alguns grupos de imigrantes que atendem, conhecendo mais sobre suas peculiaridades e realizando a Preservação Cultural.

Em relação à cultura também tem algumas diferenças, as bolivianas são muito mais tolerantes à dor, então assim, elas não costumam reclamar, não costumam se queixar, não costumam gritar, são bem contidas, todas as orientações que você dá elas aceitam, elas gostam das posições verticalizadas, ficar de cócoras, elas até preferem mais do que as brasileiras... as chinesas não gostam muito de caminhar, as bolivianas não gostam muito do banho, então cada uma tem uma especificidade mesmo, que é diferente (Laura).

Eles gostam também de passar vérnix do bebê logo que nasce porque tira as manchas da pele, e aí aqui todo mundo até já sabe, e

é legal porque pra gente pode não fazer sentido, mas pra eles é importante, e é uma coisa que não atrapalha a gente (Carolina).

A única participante que referiu não sentir dificuldades ou diferenças no atendimento às mulheres imigrantes foi Clara que, mesmo por não ter sentido nenhum tipo de dificuldade ou diferenças ao atender às mulheres imigrantes, relata alguns aspectos que considera culturais no atendimento às mulheres bolivianas e chinesas.

Acho que das chinesas, bolivianas, o problema maior é a higiene, a falta de higiene, acho que complica muito, eu sei de casos, de episio que abriu, cesárea que tiveram problemas por falta de higiene mesmo porque culturalmente elas não tomam banho, fazem dietas diferentes, até porque as bolivianas e até mesmo as chinesas vivem em situações muito precárias de higiene, então nem banho se toma direito, então por conta disso, acho que essa é a maior dificuldade nossa, então a gente, por exemplo, no parto normal a gente evitava de fazer episio, laceração porque sabia que podia infeccionar por falta de higiene.

E é cultural delas, porque conversando com as chinesas através das intérpretes, elas falam que não adianta, que orientam, falam que aqui no Brasil se toma banho todo dia, que tem que tomar banho, mas é cultural, então isso de cultura é bem diferente, acho que esse é nosso maior problema, e que pode causar mais problemas, então quando tem essas pacientes a gente evita o máximo que puder fazer episio (Clara).

Refere ainda não ter sido diferente, ou ter tido dificuldades no atendimento às mulheres imigrantes, mesmo sem conseguir se comunicar, relata que as diferenças na linguagem e culturais não interferem no cuidado.

Acho que as dificuldades de linguagem não atrapalham tanto, elas acabam entendendo, pelo menos eu nunca tive dificuldade de fazer o procedimento por conta disso...são poucas coisas que a gente tem que falar pra ela, deixa a natureza agir, faz o que seu

corpo está sentindo, meio que a ocasião vai mostrar o que fazer, ela vai saber e deixa a natureza (Clara).

Segundo Leininger (2006), tornar-se sensível às diferenças culturais e aplicar os pressupostos transculturais do cuidado exige que os indivíduos, inicialmente, sejam capazes de se perceber parte de uma cultura e, posteriormente, sejam capazes de identificar as outras dentro das similaridades e diferenças no comparativo à cultura onde esse indivíduo se insere.

Verificamos, na prática da Enfermagem, a importância do conhecimento das enfermeiras em reconhecer as diferenças nos padrões de comportamento da população com a bagagem cultural diversificada e a necessidade de contemplar individualmente o aspecto cultural no cuidado (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Na Teoria do Cuidado Transcultural, há diversidades no cuidado humano, com características que são identificáveis e que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem, de forma que este se ajuste às crenças, aos valores e modos das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido (BONINI, 2010).

Portanto, o primeiro passo para o cuidado transcultural é reconhecer as diferenças, reconhecer que o outro pode demandar diferentes cuidados, ter diferentes crenças e tentar adequar seu cuidado, a maioria das enfermeiras relatou em seus depoimentos reconhecer essas diferenças culturais e muitas vezes tentaram adequar esse cuidado, durante a assistência.

As práticas diferentes ou mesmo desconhecidas e a ausência de domínio da língua do país de acolhimento são algumas limitações para as imigrantes no acesso aos cuidados de saúde, especificamente na gravidez, no parto e no pós-parto.

Porém, é fundamental conhecer os valores, os hábitos e os costumes do imigrante, para que a orientação vá ao encontro de suas necessidades e não seja realizada por imposição, transgredindo normas tradicionais que, dentro de sua cosmovisão, têm a ver com um equilíbrio para seus corpos e para sua saúde (YAJAHUANCA, 2015).

A realização de práticas educativas auxilia no estabelecimento de intermediação entre os sistemas profissional e popular de cuidado. Com o conhecimento das crenças e valores dos clientes relacionados às práticas de saúde,

a enfermeira pode, junto com eles, preservar, acomodar ou repadronizar essas práticas.

Quando se compartilham os saberes popular e profissional, há a possibilidade de construção de novos conhecimentos, o que facilita a comunicação e a interação entre os dois lados. Alicerçada no conhecimento científico e no conhecimento popular, a enfermeira pode ou tem a possibilidade de junto com o cliente decidir sobre as ações que devem ser preservadas, negociadas ou repadronizadas, na busca de cuidado significativo e satisfatório para ambos (SEIMA et al. ,2011).

Compreender e realizar o cuidado cultural demanda do enfermeiro um grande conhecimento sobre a cultura, o modo de viver, as tradições e crenças de outros povos. Ao atender mulheres imigrantes, o enfermeiro lida com o desafio do cuidado cultural, procura reconhecer as diferenças nesse cuidado, porém encontra barreiras como as limitações dos serviços de saúde e seu próprio conhecimento acerca da cultura de outras populações.

6.2.3. Os meios encontrados para facilitar a assistência às mulheres

Encontrando facilidades para o atendimento às mulheres imigrantes

Nas entrevistas, as profissionais mencionaram algumas sugestões de ações que podem facilitar o cuidado às mulheres imigrantes, como o uso de quadros, folhetos, e o que costumam usar para facilitar o atendimento, como os aplicativos de celular.

Acho que não tem como a gente exigir que os hospitais tenham tradutores, os que vêm são contratados pela paciente, mas por exemplo, não são muitas nacionalidades que a gente recebe de fora, então talvez um folheto explicativo, fazer os quadros e folders como a gente faz os nossos em português que ficam fixados nos hospitais, talvez ter essa opção em outras línguas, principalmente, que nem no Amparo que a gente atende bastante chinesa, boliviana acho que a gente acaba atendendo em todos os lugares de São Paulo e as africanas também tem bastante, e as que não falam português falam francês. Então essa opção com imagens, figuras que pudessem

facilitar, acho que ajudaria, então poder explicar quem que está atendendo, qual a minha função porque elas não sabem nem que eu sou enfermeira, não consigo nem explicar que eu sou enfermeira obstetra porque ela não entende a língua, então acho que se os hospitais conseguissem elaborar algum instrumento que a gente pudesse entregar pra conseguir conversar com elas, se colocar a disposição porque as vezes, é isso que elas querem, elas não querem só a orientação, mas só de você se mostrar disponível, mostrar que você está lá para ajudar ela, acho que talvez seria uma saída (Laura).

Ter algum folheto pra elas saberem sobre o trabalho de parto acho que facilitaria essa parte da comunicação, acho que elas se sentiriam também acolhidas (Julia).

A gente vai tentando ajustar, com mímica, ou se não com os aplicativos, as facilidades de internet (Ana).

Relatam, também, a importância dos serviços de saúde considerarem que a população imigrante pode demandar cuidados diferentes e de se adaptarem conforme essas necessidades.

Acho que os hospitais tinham que se adaptar a cultura delas, porque ela já não tá no país dela, isso já é difícil, já é difícil pra ela, estar em um país diferente, passar por uma experiência diferente, acho que deveria permitir algumas coisas, se ela tem o costume de tomar água morna porque não permitir, se ela não quer fazer aquele primeiro contato, colocar no peito logo que nasce porque é da cultura dela, porque não deixar, acho que se não é alguma coisa que interfira na saúde dela, não vai prejudicar o bebê, não tem porque (Mariana).

Em relação a comunicação os hospitais poderiam ver o público, por exemplo, o público é chinês, então acho que poderia ficar alguém boa parte do tempo, até a mulher ganhar o bebê, porque acho que isso ia facilitar muito, teve um dia até que a intérprete não pode ficar

e a gente se comunicava através de um aplicativo do celular, ela falava em chinês, o aplicativo traduzia em português, a gente ouvia, falava em português e o aplicativo traduzia em chinês e foi assim todo o trabalho de parto porque a intérprete só pode ir quando já estava nascendo (Mariana).

Criar facilidades mencionadas, como criar fôlderes e quadros na língua dos principais grupos de imigrantes, é uma forma de viabilizar o cuidado cultural e facilitar o atendimento realizado pelos enfermeiros e pela equipe de saúde e também facilitar a compreensão e acolhimento da população imigrante.

Além disso, os serviços de saúde devem compreender que a população imigrante possui hábitos e costumes diferentes da população, e é também dever dos serviços de saúde possibilitar condições para que a população imigrante possa ser atendida da melhor forma possível e poder ter uma flexibilidade maior relacionada, por exemplo, aos hábitos alimentares dessa população. Tudo isso é uma forma de individualizar o cuidado, respeitando e considerando seus valores culturais.

O plano de parto é uma ferramenta importante para o atendimento individualizado das mulheres, nele é possível que as mulheres expressem a forma como gostariam de ser atendidas, durante o trabalho de parto e parto. Possibilitar que as mulheres imigrantes tenham acesso e possam realizar o plano de parto em sua língua e que o mesmo seja traduzido para os profissionais é uma forma de acolher melhor essas mulheres e conhecer a forma como gostariam de ser atendidas, nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender como se dá a assistência das enfermeiras obstetras às mulheres imigrantes. Atender a essas mulheres se mostra como uma situação difícil para as enfermeiras obstetras, principalmente pelas barreiras relacionadas à linguagem e às diversidades culturais.

Criar condições para lidar com essas diversidades exige dos profissionais de saúde uma melhor compreensão das dificuldades inerentes à condição de imigrantes e também adequação dos serviços de saúde para um melhor acolhimento dessa população e preparo da equipe de saúde em relação a estas populações. Além disso, é necessário tornar as mulheres imigrantes como protagonistas do parto e ouvi-las, conhecer e reconhecer os seus saberes e perspectivas, para que o cuidado ocorra de forma colaborativa e por meio de trocas significativas.

A falta de capacitação ou de habilidades para lidar com a diversidade, especialmente quando se trata de pessoas vindas de países e culturas diferentes, torna esses grupos vulneráveis. É necessário que os profissionais conheçam a realidade das mulheres imigrantes atendidas, entendendo melhor seus costumes, suas necessidades específicas e sua cultura, respeitando e, quando necessário, adequando o cuidado.

Os profissionais possuem poucas informações sobre como atender às pessoas e populações com culturas diferentes e acabam aprendendo no dia a dia, durante sua prática. O Cuidado Transcultural deveria ser abordado em toda a formação do profissional, para capacitá-lo na assistência. Além disso, capacitações sobre temas relacionados à interculturalidade, a tradições e a valores culturais que fossem realizados pela própria comunidade de imigrantes nos serviços de saúde com maior número de atendimento de imigrantes seriam uma forma de obter conhecimento sobre o cuidado transcultural, além de ser importante para que os profissionais se sensibilizem e reconheçam a importância desse cuidado, minimizando preconceitos, rótulos e estigmatização da população imigrante.

O acesso limitado à informação e a falta de formação adequada dos profissionais para trabalhar com estes grupos populacionais tornam ainda mais complexos o acolhimento, a comunicação, os diagnósticos adequados e a prestação correta de cuidados.

Devemos possibilitar que as mulheres imigrantes possam compartilhar os sentidos que envolvem o parto e que vão além da esfera biológica, que envolvam e reconheçam seus valores culturais e que suas vozes sejam ouvidas. Na prática dos profissionais de saúde, torna-se importante que sua educação seja permanente, que possam refletir sobre os diversos fatores envolvidos no processo do parto e nascimento, considerando sua importância na assistência e procurando uma prática que reconheça o cuidado transcultural.

7. REFERÊNCIAS

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, v.11, n.47, 2012.

AKHAVAN, S.; LUNDGREN, I. **Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden - A qualitative study.** Midwifery, v. 28, n.1 ,p. 80 – 85, 2011.

ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. **Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?.** Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadania,v.1, n. 1, 2012.

ALVARENGA, C. **Reflexão sobre a história e a migração em Portugal.** In: SOS RACISMO (Ed.). A imigração em Portugal – os movimentos humanos e culturais em Portugal. Lisboa: SOS Racismo, 2002.

ARMELLINI, C.J.; LUZ, A.M.H. **Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.24, n.3, p.305-15, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BOEMER, M. R. **Empatia: proposta de abordagem fenomenológica.** Rev Enf USP. São Paulo, v.18, n.1, p.23-29, 1984.

BONINI, B.B. **Ser enfermeiro negro na perspectiva da transculturalidade do cuidado.** 2010. 184p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRAGG, R. **Maternal deaths and vulnerable migrants.** Lancet, 371 (9616): 879-81, 2008.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha** [manual_pratico_rede_cegonha.pdf]. 2012. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=747>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto e nascimento/ Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília** : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

Boletim Eletrônico Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2014. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/Ano5_n01_Atencao_ao_pre-natal_na_cidade_de_Sao_Paulo.pdf>

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; DUARTE, O. M. J. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21,n.5,p.1316-1327, Oct.2005.

BULMAN, K.; MCCOURT, C. **Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study**. Critical Public Health, v.12, n.4, p. 365-380, 2002.

CALEY, T. **Multiculturalism and the midwife**. Australian College of Midwives. Incorporated Journal. June, v.11, p. 25-29, 1998.

CASTLES, S.; MILLER, M. **The age of migration**. New York: Guilford Press, 2003.

CHU, C. **Postnatal experience and health needs of Chinese migrant women in Brisbane, Australia**. Ethnicity and Health, v.10, n.1, p.33-56, 2005.

COUTINHO, E.; PARREIRA, M.V. **Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição**. Millenium, v. 40, p.83-97, 2011.

CRAWFORD, M.; POPP, D. **Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research**. Journal of Sex Research, v. 40, n.1 ,p. 13-26, 2003.

DAVIDHIZAR, R.; GIGER, J. **A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse**. International Nursing Review, v.51,p. 47–55, 2004.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. **Migração e Saúde**. In: **Dias, S. .Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Setembro 2007. Lisboa, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI, IP), pp.15-26, 2007.

DIAS, S.; MATOS, M.; GONÇALVES, A. **Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção.** *Psicologia, Saúde e Doença*, v.3, n.1, p. 89-102, 2002.

DIAS, S.; GAMA, A.; ROCHA, C.F. **Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: insights from a focus group study.** *J Public Health* ; v.18, n.5, p.489-96, 2010.

DIAS, S.; RODRIGUES, R.; SILVA, A.; CARGALEIRO, H. **Health care seeking and access to health services in immigrant communities: a study with immigrants and health professionals.** *Arquivos de Medicina*, 24(6), 253-259, 2010. Acessado em 02 de fevereiro de 2016, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132010000600002&lng=pt&tlng=en.

DIAS, S.F.; ROCHA, C.F. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo.** Observatório da imigração, 2009.

DOMINGUES, R.M.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate.** *Cad. Saúde Pública* ;20 Suppl 1:552-62, 2004.

ESSÉN, B. **Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn: the importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth.** 110f. 2001. (Tese doutorado). Lund University, Malmö, 2001.

FALEIROS, S.M. **Universalidade e políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde.** 163f. 2012. (Dissertação mestrado) São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2012 [acesso em dezembro de 2016] Disponível em <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9543>.

FALQUET, J. **Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal.** Paris: PUF, 2008.

FERREIRA, M.A. **A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem.** *Rev Bras Enferm* , v.59,n.3,p.327-330.2006.

FONSECA, L. et al. **Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma**

perspectiva geográfica e política, 2007. Lisboa, 2007.

FOSTER, I.R.; LASSER, J. **Professional Ethics in Midwifery Practice**. Jones and Bartlett, Sudbury, 2011.

FUSTINONI, S.M.; MERIGUI, M.A.B. **As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social**. In: Merigui MAB, Praça NS, organizadoras. *Abordagens teórico metodológicas qualitativas: vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 107-19, 2003.

GEORGE, J.B.; LEININGER, M. In: George J e colaboradores. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª Ed. Trad. De Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2000. Cap. 21,p.297-309.

GIL, L.P. **Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia**. Saude soc., São Paulo, v.16, n.2, ago.2007.

GONÇALVES, A.; DIAS, S.; LUCK, M.; FERNANDES, J.; CABRA, L J. **Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.2, n.1.p.55-64, 2003.

GREWAL, S.K.; BHAGAT, R.; BALNEAVEZ, L.G. **Perinatal beliefs and practices of immigrant Punjabi women living in Canada**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; v.37, n.3.p. 290-300, 2008.

GUALDA, D.M.R. **O significado do processo de parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva**. In: CIACIARULLO, TI ET AL. *Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal*. São Paulo: Ícone, 1998. Cap. 2, p.33-40.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha Natureza: a expressão cultural do parto**. Curitiba: Ed. Maio, 2002. 172 p.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. **Estudo sobre teoria transcultural de Leininger**. Rev.Esc.Enf.USP, v.26, n.1, p.75-86, 1992.

HOCHSCHILD, A. **The Time Bind: When Work Becomes Home and Home Becomes Work**, New York: Metropolitan Books, 1997.

HODNETT, E.D.; OSBORN, R.K.E. **Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes**. Res Nurs Health, v12, p.289-97, 1989.

HUDELSON, P.M. **Qualitative research for health programmes**. Division of mental health. World Health Organization. Geneva. 1994. 102p.

IBGE. Censo **2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas**. Disponível em <<http://www.ibge.org.br>>

Informes Urbanos Prefeitura de São Paulo, 2012. Disponível em <http://smdu.prefeitura.sp.gov.br/informes_urbanos/pdf/27.pdf>

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (2004), **Migration Health Report**, disponível em <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=4494>

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Glossary on migration**. Geneva: IOM, 2004.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Migration Health Annual Review**, 2014. Disponível em : http://publications.iom.int/system/files/mhd_ar_2014.pdf

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

JORDAN, B. **Birth in four cultures. USA: prospect heights**. 4th ed. Illinois: Waveland. The crosscultural comparison of birthing systems toward a biosocial analysis, 1993.

KOZIER, B.; ERB, G.; BERMAN, A. ; SNYDER, S. **Fundamentals of Nursing Concepts Process and Practice**, 7th edn. Addison-Wesley, New York, NY, 2004.

LAVENDER, T.; WALKINSHAW, S.A.; WALTON, I. **A prospective study of women's view of factors contributing to a positive birth experience**. Midwifery v.15, n.43, p.40-46. 1999.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2nd ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers, 2006.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices**, 2nd edn. McGraw-Hall, New York, 1995.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press; 1991.

LEININGER, M. **Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices**. J Transcultural Nurs, 13,p. 189-192, 2002.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M.R. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice**. 3a ed. McGraw-Hill Companies; p.80-84, 271-83, 2002.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis (SC): Papa-Livros;1999.

LOZOFF, B.; JORDAN, B.; MALONE, S. **Childbirth in cross-cultural perspective**. Marriage and family review, 12 (3-4), 35-60, 1988.

MAGGI, J.; CATTACIN, S. **Needed Basic Research in Migration and Health: 2002-2006**, Neu- châtél: SFM, 2003.

MARSTON, C.; KING, E. **Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review**. *Lancet*, 368: 1581-1586, 2006.

MARTES, A.C.B. Faleiros SM. **Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo**. Saúde Soc. São Paulo; v.22, n.2, p.351-364, 2013.

MARTINS, J.T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas**. 201f. 2002.(Tese doutorado) Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2002.

MAZZETTI, M. **Il dialogo transculturale in medicina**. In: Geraci S, organizador. *Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni*. 2ª Ed. Roma: Anterem; 200b.p.231-43.

MAZZETTI, M. **Migrazioni, cultura e salute**. In: Geraci S, Maisano B, Mazzetti M, organizadores. *Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire*. Studi Emigrazione. CSER 2005;42(157):117-23.

MCLEISH, J. **Mothers in Exile: Maternity Experiences of Asylum Seekers in England** Maternity Alliance, London, 2002.

MELO, R.A.; CAMPINAS, L.L.S.L. **Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na estratégia saúde da família**. *O mundo da saúde*, São Paulo. v.34,n.1,p.25-35. 2010.

MENEZES, M.O. **Gestar e parir em terra de Juruá: a experiência de mulheres guarani-mbya na cidade de São Paulo**. 93f. 2012. (Dissertação de mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

MERIGHI, M.A.B. **A docência de enfermagem em uma Universidade Pública: um enfoque metodológico**. (Tese Doutorado) São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. **Guia técnica para atención del parto culturalmente adecuado**. Ecuador, 2008.

MIRANDA, J. **Mulheres imigrantes em Portugal: memórias, dificuldades de integração e projectos de vida**. Lisboa: ACIDI, 2009.

MORSE, J.M.; SWANSON, J.M.; KUZEL, A.J. **The nature of qualitative evidence**. California: Sage; 2001.p. 187-200.

MOURA, M.A.V.; CHAMILCO, R.A.S.; SILVA, L.R. **A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão**. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.9,n.3,p.434-440, Dec.2005.

OLIVEIRA, L.A.P.; OLIVEIRA, A.T.R. **Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2011. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/reflexoes_deslocamentos/deslocamentos.pdf

ORIÁ, M.O.B.; XIMENE, S.L.B.; ALVES, M.D.S. **Madeleine Leininger and Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview**. Online Brazilian Nurs [periodico na internet]. 2005 Agost. Disponível em : <http://www.uff.br/nepae/objn402oriental.htm>

PADILLA, B. **A imigrante brasileira em Portugal: considerando o gênero na análise**. In: Malheiros, JM (ed.). Imigração brasileira em Portugal, Lisboa: ACIDI. 113-134, 2008.

PADILLA, B.; MIGUEL, J. **Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action**. In: Fernandes, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 15-22, 2009.

PAIVA, A.L.B.; LEITE, A.P.M. **Da emigração à imigração? Por uma análise do perfil migratório brasileiro nos últimos anos**. Ars Historica, n.7, 1-20, 2014.

PATARRA, N. L. **Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2005.

PEIXOTO, J. et al. **Mulheres migrantes: percursos laborais e modos de inserção socioeconômica das imigrantes em Portugal**. Lisboa: SOCIUS, 2006

POLIT, D.F.; BECK, C.T. HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo**. Boletim CEInfo Análise | Ano X, nº 13, Dezembro 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 49 p. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf

PROGIANTE, J.M.; COSTA R.F. **A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.12,n.4,p.790-793, Dec. 2008.

PURNELL, L. **Guide to culturally competent health care.** 2 ed. Philadelphia: Davis Company; 2009.

PUSSETI, C. et al. **Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural.** Lisboa: ACIDI, 2009. Disponível em: http://www.animar-dl.pt/uploads/files/20130107_055452_OI_33.pdf

QUICK, J.; GREENLICK, M.; ROGHMANN, K. **Prenatal care and pregnancy outcome in an HMO and general population: a multivariate cohort analysis.** *American Journal of Public Health*, 71: 381–390, 1981.

RAMOS, N. **Saúde, migração e interculturalidade.** João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.

ROCHA, C.F.; HORTA, R. 2009. **Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: um estudo qualitativo.** *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16,n.1,p.361-363, Jan.2011.

ROCHA, E.P.G. **O que é etnocentrismo?** 5ª Ed. São Paulo: Brasiliense; 1988.

SADLER, M. **Revisión Del parto personalizado: Herramientas y Experiências em Chile.** 1 ed. Chile: Universidad de Chile, Departamento de Antropologia, 2009. Pg 106-127.

SALIM, N.R. **Contextos de nascimento: experiências, sentidos e práticas de cuidado.** 2014. 257f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. **Reading qualitative studies.** *Intern J Qual Methods* 2002; 1 (1): Article 5. Alberta; 2002.

SCHELLES S. **A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações.** *Rev. Esfera.* (1):1-8, 2008.

SHIMIZU, H.E. **Sufrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola.** 1996. 188fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

SCHEPPERS, E.; DONGEN, E.; DEKKER, J.; GEERTZEN, J. **Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review.** Family Practice, 23 (3): 325-348, 2006.

SEIMA, M.S.; MICHEL, T.; MÉIES, M.J.; WALL, M.L.; LENARDI, M.H. **A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: Revisão Integrativa 1985-2011.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.15,n.4,p.851-857, Dec. 2011.

SILVA, E.C.C. **Rompendo Barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo.** Revista Travessia – revista do Migrante. Publicação CEM – Ano XXII, número 63, Jan-Abr/2009.

SILVA, C.A.S.; RODRIGUES, V.M. **Refugiados: o reassentamento solidário no território brasileiro.** Travessia: revista do migrante. São Paulo, ano XXII, v. 64, mai. – ago. 2009

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 3 ed. São Paulo: Loyola; 2002

SILVA, S. **Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo.** São Paulo: Paulinas; 292 p, 2001.

SILVA, S.C.; ALVIM, N.A.T; FIQUEIREDO, P.A. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.12,n.2,p.291-298, Jun.2008.

SIMKIN, P; O'HARA, M.A. **Nonpharmacological relief of pain during labor; systematic review of five methods.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186 , pp. 131–159, 2002.

SOPA, M.J.P. **Representações e Práticas da Maternidade em Contexto Multicultural e Migratória.** Disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1343>. 2009.

SOUTH EAST HEALTH. **Cultural competence in health care.** Policy Statemetn, South East, Sydney, 2000.

STRAUS, L.; MCEWEN, A.; HUSSEIN, F.M. **Somali women's experience of childbirth in the UK: perspectives from Somali health workers.** Midwifery, v.25,n.2,p.181-186. Jun. 2009.

SUNDQUIST, J.; IGLESIAS, E.; ISACSSON, A. **Migration and health: A study of latin American refugees, their exile in Sweden and repatriation.** Scand J Prim Health Care, v.13,n.2.p.135-140.Jun. 1995.

TAYLOR, B.; NEWAL,L D. **Maternity, mortality and migration: the impact of new communities.** 2008. Disponível em: http://migrationtoolkit.emcouncils.gov.uk/upload/resources/MMM_Document_FINAL_Webversion.pdf

TOBIN, C. L.; MURPHY-LAWLESS, J. **Irish midwives' experiences of providing maternity care to non-Irish women seeking asylum.** International Journal of Women's Health, v.6,p. 159–169. Jan. 2014.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. **Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde.** Saude soc., São Paulo, v.22, n.2,p.328-341, 2013.

TOPA, J.; NOGUEIRA, C.; NEVES, S. **Inclusão/ exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico.** PSICO, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 366-373, 2010.

UNFPA – United Nations Population Fund (2006). **A state of the world population: a passage to hope.** Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/sowp06-en.pdf>.

WHO – World Health Organization. **World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life,** Geneva: WHO. 2002.

WHO – World Health Organization. **International Migration, Health and Human Rights,** Health and Human Rights Publication Series, 2003.

WOLFFERS, I.; VERGHIS, S.; MARIN, M. **Migration, human rights, and health.** *Lancet*, 362 (9400): 2019-2020. Dec, 2003.

YAJAHUANCA, R.S.A. **Sem kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes kukamas kukamirias, Peru.** 169f. 2009 (dissertação mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

YAJAHUANCA, R.S.A. **A experiência da gravidez, parto e pós parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo.** 192 f. 2015. (Dissertação doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015.

YAMANAKA, K.; PIPER, N. **Feminized migration in east and Southeast Asia: policies, actions and empowerment.** UNRISD Occasional Paper. 11. Geneva: UNRISD, 2005.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Resolução nº466/12- Conselho Nacional de Saúde

Eu, Cintia Kuramoto, enfermeira, mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, com minha orientadora Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede, estamos desenvolvendo um estudo e o/a convidamos para participar da pesquisa intitulada “Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro obstetra”, cujo objetivo é compreender como se dá a assistência do enfermeiro à mulher imigrante, durante o trabalho de parto e parto. Para alcançar esse objetivo, será realizada uma entrevista, agendada previamente, em local, data e horário escolhidos pelo participante, que será gravada em áudio e transcrita posteriormente, com duração de cerca de 30 minutos e guiada por um roteiro elaborado pela pesquisadora. O roteiro foi dividido em duas partes: Parte 1: caracterização dos participantes do estudo (iniciais do nome, idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação como enfermeiro obstetra) Parte 2: questão norteadora: Conte, baseado em suas experiências, como foi para você assistir mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto?

Esta pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP-EERP), que busca a sustentação para o desenvolvimento do estudo em quatro pilstras fundamentais - da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, assegurando-se da relevância social da pesquisa, das vantagens para os sujeitos da experimentação e de que os riscos e danos serão nulos ou passíveis de serem evitados, quando previstos, com a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

A sua participação é voluntária e não implicará em gastos financeiros ou qualquer tipo de remuneração para sua pessoa.

Após ser esclarecido sobre as informações descritas neste documento, solicito que se aceite participar deste estudo, por favor, assine este documento. Esse documento possui duas vias com duas páginas cada (impressa em ambos os lados – frente e verso), sendo que a primeira página deverá ser rubricada por você e pela pesquisadora e a segunda deverá constar a sua assinatura e da pesquisadora. Uma dessas vias é do senhor/senhora, e a outra é da pesquisadora.

Não é esperado que você receba benefícios diretos pela sua participação neste estudo, entretanto, acreditamos que os resultados desta pesquisa contribuam para que os profissionais de saúde e instituições disponham de informações relevantes para o cuidado, e que proporcionem melhorias assistenciais.

Os riscos esperados por sua participação no estudo são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade de você sentir-se desconfortável ao responder às perguntas da entrevista. Para evitar tais riscos, asseguraremos a garantia de que você terá total liberdade para aceitar participar ou não desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem justificativas, retirando seu consentimento a qualquer momento, sem receber quaisquer prejuízos.

Caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, todo participante de pesquisa tem direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, de acordo com a Resolução CNS 466/2012, Item IV.3-h.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação. Em nenhum momento da pesquisa você será identificado, mesmo no momento da divulgação dos resultados.

Em caso de dúvida, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Cintia Kuramoto, no telefone (11) 96333-3812, email: cintia.kuramoto@gmail.com.

Caso queira esclarecer quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo telefone (16) 3602-3386, de segunda a sexta-feira das 8h às 17h.

Eu _____ declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente projeto de pesquisa.

Assinatura do participante

____/____/____
Data

Cintia Kuramoto

____/____/____
Data

Pesquisadora responsável

Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP)

ANEXO 2

Roteiro de Entrevista

Parte 1

Identificação:

Sexo:

Idade:

Tempo de formação:

Tempo de atuação como enfermeiro obstetra:

Parte 2

Pergunta norteadora:

Conte-me, baseado em suas experiências, como foi para você assistir mulheres imigrantes, durante o trabalho de parto e parto?

ANEXO 3

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro

Pesquisador: Fabiana Villela Mamede

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48788215.4.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.378.788

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram realizadas as seguintes alterações no TCLE:

1. Explicou como será realizada a coleta de dados e a duração da mesma;
2. Inseriu a função do CEP no TCLE;
3. Inseriu a informação referente ao direito à indenização.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Visto que a interessada atendeu às solicitações do CEP, considera-se o projeto aprovado.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.378.788

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado "Ad Referendum"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_574786.pdf	16/12/2015 22:24:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_dez2015.docx	16/12/2015 22:23:55	Fabiana Villela Mamede	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.doc	31/08/2015 12:21:53	Fabiana Villela Mamede	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio.doc	31/08/2015 12:20:08	Fabiana Villela Mamede	Aceito
Orçamento	custeio.doc	31/08/2015 12:19:29	Fabiana Villela Mamede	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	26/08/2015 22:13:56	Fabiana Villela Mamede	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	21/08/2015 17:24:17	Fabiana Villela Mamede	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/08/2015 17:21:42	Fabiana Villela Mamede	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 21 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br