

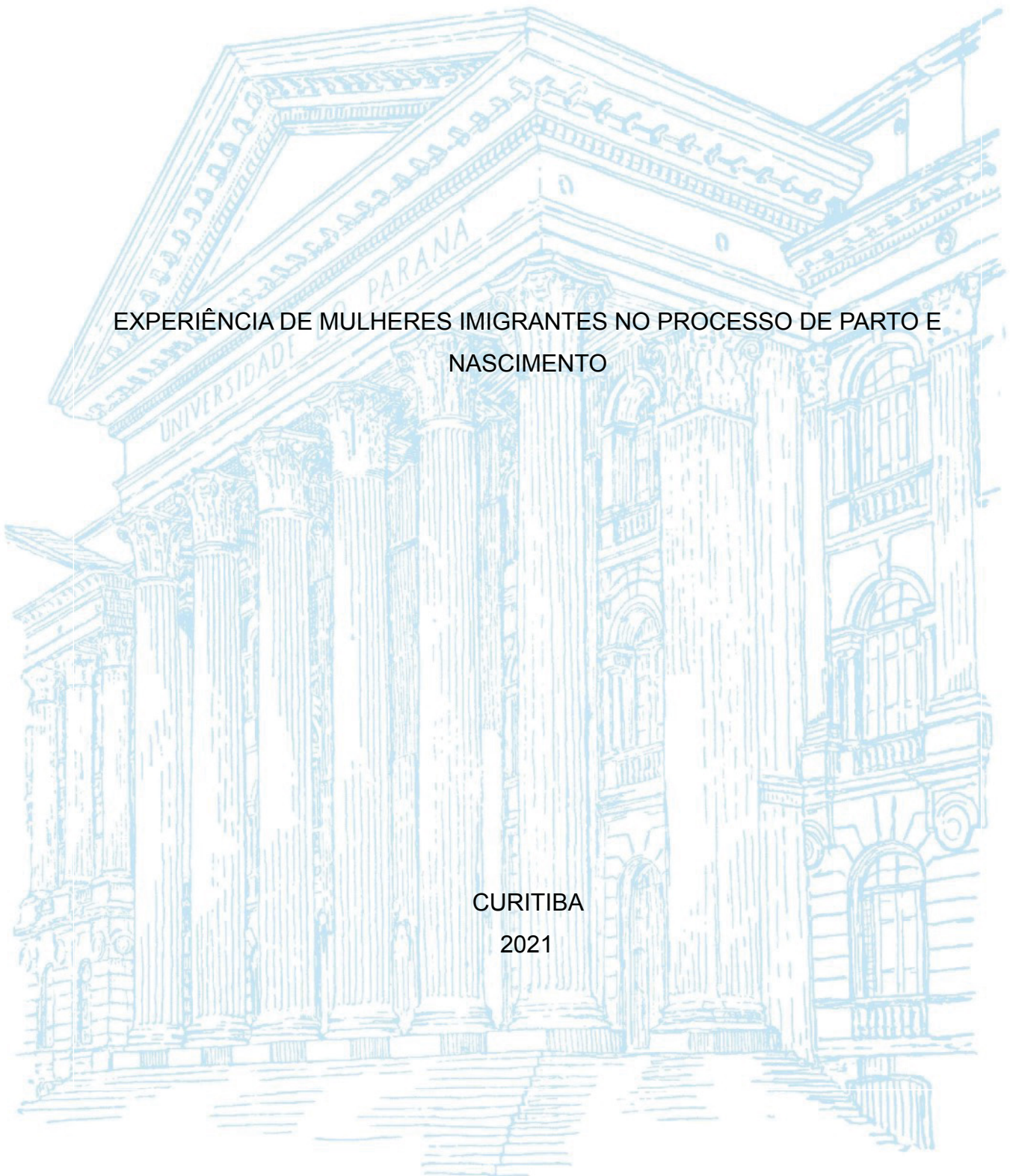
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LILIAN SALEM SUPIMPA

EXPERIÊNCIA DE MULHERES IMIGRANTES NO PROCESSO DE PARTO E
NASCIMENTO

CURITIBA

2021



LILIAN SALEM SUPIMPA

EXPERIÊNCIA DE MULHERES IMIGRANTES NO PROCESSO DE PARTO E
NASCIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Regina Rossi
Kissula Souza

Coorientadora: Prof^a Dr^a Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2021

Supimpa, Lilian Salem

Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento [recurso eletrônico] / Lilian Salem Supimpa – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Tociologia. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Parto. 4. Cultura. 5. Imigrantes e emigrantes. I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. II. Trigueiro, Tatiane Herreira. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.20231

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LILIAN SALEM SUPIMPA** intitulada: **EXPERIÊNCIA DE MULHERES IMIGRANTES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**, sob orientação da Profa. Dra. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 23 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

01/07/2021 16:36:55.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/07/2021 13:16:03.0

MARIA LUCIA RAIMONDO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE)

Assinatura Eletrônica

25/07/2021 14:12:34.0

MARILUCI ALVES MAFTUM

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, que como um Pai amoroso tem tecido a minha vida, e que com generosidade e amor tornou esse mestrado possível e sustentável. Ao meu lado, Ele me nutriu de criatividade, discernimento e energia, acolheu minhas orações, meu choro e meu cansaço, mostrando sempre que o sol nasce no dia seguinte, renovando fé, esperança e amor.

Ao meu marido, Daniel, companheiro que dividiu as glórias e as lutas dessa jornada comigo. Sempre me animando, me valorizando, me fazendo olhar para a linha de chegada, e me convidando a questionar o mundo ao meu redor enquanto tomamos uma xícara de chá antes de dormir. Aos meus filhos, Benjamin, Mathias e Thomas, que foram pacientes em me 'dividir' nesses três anos.

Aos meus pais, Luiz e Márcia, que sempre valorizaram a minha educação e dedicaram parte do seu trabalho a ela. Além disso, essa pesquisa só encontra sentido pois eles me formaram sobretudo como pessoa. A segurança e amor recebidos por vocês são tantos, que hoje transborda para outros.

À minha rede de apoio: minha irmã Patricia, minha sogra Iracira, minha comadre Salete e tantos outros que investiram seu tempo para me ajudar com os meus filhos e com a minha casa, para que eu pudesse me dedicar a essa dissertação.

À minha orientadora Silvana Regina Rossi Kissula Souza e à minha Coorientadora Tatiane Trigueiro, que me acolheram durante todo o Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, e me incentivaram de maneira exemplar a articular a minha experiência pessoal com a academia. Também aos colegas do Programa de Mestrado Acadêmico da UFPR, sempre solícitos a ajudar e a tornar essa caminhada mais leve e bem-humorada.

Soli Deo Gloria

“Eu sou, porque você é;
Você é, porque nós somos;
Nós somos, porque Ele é.”
– *Provérbio africano*

RESUMO

O evento do parto e nascimento entre mulheres imigrantes reflete valores culturais e simbólicos da mulher e da comunidade a qual ela pertence. Ao reconhecer as experiências dessas parturientes, pode-se contribuir para o aprimoramento de seu acolhimento, promovendo justiça social e diminuindo sua situação de vulnerabilidade à violência. Esta pesquisa teve como objetivo descrever a experiência de parto de mulheres imigrantes em maternidades do Sul do Brasil, por meio da seguinte questão: como é a vivência de parto e nascimento de mulheres imigrantes em um hospital de ensino da região sul do Brasil? Este estudo fez parte do projeto “Cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva da diversidade cultural” do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Estudo qualitativo na História Oral Temática Híbrida, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com sete colaboradoras, puérperas imigrantes advindas da Venezuela, Haiti e Tunísia, no período de Março a Dezembro de 2020. As entrevistas foram transcritas, e textualizadas, extraíndo o tom vital de cada narrativa. Foi realizado o processo de transcrição, do qual emergiram dois temas relevantes: (1) as surpresas e sentimentos durante o processo de parto, cujo resultado apontou as preferências e desfechos de parto inesperados, os fatores relacionados à maior incidência de cesariana, bem como a descrição de sensações e sentimentos; (2) o cuidado percebido pelas mulheres e as memórias de experiências no país de origem, nas quais foram relatadas as experiências de parto anteriores, dificuldades enfrentadas pelas parturientes no parto atual e as percepções de cuidado recebido pela equipe multiprofissional durante o processo de parto. A pesquisa demonstrou que mulheres imigrantes vivenciam o processo de parto com expectativa, através de seus sentimentos e memórias. O cuidado prestado pela equipe assistencial, bem como a participação na tomada de decisão, foram fatores que auxiliaram essas mulheres imigrantes a terem uma experiência positiva de parto. O processo de parturição de mulheres imigrantes pode ser facilitado por uma assistência pré-natal bem informada, vínculo com a equipe assistencial, comunicação efetiva, e práticas obstétricas baseadas em evidências. Desafios sobre a sensibilidade cultural na formação e atuação da enfermagem foram percebidos.

Palavras-chave: Parto. Tocologia. Imigrantes e Emigrantes. Cultura. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The experience of childbirth and birth among immigrant women reflects cultural values and symbols of the woman and the community to which they belong. By recognizing the experiences of these parturients, it is possible to corroborate to the improvement of their reception, promoting social justice and reducing their context of vulnerability to violence. This research aims to describe the experience of childbirth among immigrant women in maternity hospitals in southern Brazil, through the following question: what is the experience of childbirth and birth of immigrant women in a teaching hospital in southern Brazil? This study was part of the project *Cuidado à Mulher no Processo de Parto e Nascimento na Perspectiva da Diversidade Cultural* (Caring for Women in the Labor and Birth Process from the Perspective of Cultural Diversity) in the research project *Processo de Cuidado em Saúde em Enfermagem* (Process of Care in Health in Nursing) of the Universidade Federal do Paraná (Paraná Federal University). Qualitative study in Hybrid Thematic Oral History, semi-structured interviews were conducted, from March to December 2020 with seven collaborators, immigrant mothers originally from Venezuela, Haiti and Tunisia. The calls were transcribed, and textualized, extracting the vital tone of each text. The transcreation process was carried out, from which two relevant themes emerged: (1) the surprises and feelings during the delivery process, whose result exposes the preferences and unexpected delivery outcomes, the factors related to the higher incidence of Caesarean sections, as well as the description of sensations and feelings during the birth process; (2) the care perceived by women and experience memories from their country of origin, which were reported as previous childbirth experiences, difficulties faced by parturients in the current childbirth and as perceptions of care given by the multidisciplinary team during the childbirth process. The research informs that immigrant women experience the childbirth process with expectations mediated through feelings and memories. Both the care provided by the hospital team, as well as participation in decision making, were expressed as positive factors during the parturition process. The research contributed to demonstrate that humanized obstetric nursing care contributes to positive experiences during the birth process, through well-informed prenatal care, bonding with the care team, effective communication, and evidence-based obstetric practices. Finally, the challenges about cultural sensitivity in nursing education and performance were perceived.

Keywords: Childbirth. Humanization. Immigrants and Emigrants Culture. Midwifery and Nursing

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – COMUNIDADE DE DESTINO, COLÔNIA E COLABORADORES. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021	46
FIGURA 2 – REPÚBLICA DO HAITI. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021	53
FIGURA 3 – REPÚBLICA DA TUNÍSIA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021	58
FIGURA 4 – REPÚBLICA DA VENEZUELA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021	60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS DA PESQUISA.
CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021

53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	– antes de Cristo
ACNUR	– Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
CHC	– Complexo do Hospital de Clínicas
CNAM	– <i>Caisse Nationale d'Assurance Madie</i>
Covid-19	– Coronavirus Disease 2019
HC	– Hospital de Clínicas
HCR	– Hospitais de Referências
MSF	– Médicos Sem Fronteiras
ObMigra	– Observatório das Migrações Internacionais
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	– Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	– Programa Integral a Saúde da Mulher
PIB	– Produto Interno Bruto
PPP	– pré-parto, parto e puerpério
REPAI	– Recuperação Pós-Anestésica
séc.	– século
SSPE	– <i>Services de Santé Premier Echelon</i>
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UCS	– Unidades Comuns de Saúde
Unicef	– <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UTI	– Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	– <i>World Health Organization</i>
VBAC	– <i>Vaginal Birth After Cesarean</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS E O ACESSO À SAÚDE	22
3.2 O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL	26
3.3 A CULTURA E O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES	32
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	42
4.1 TIPO DE PESQUISA	42
4.2 LOCAL DA PESQUISA	43
4.3 COLABORADORES DO ESTUDO	45
4.4 PAÍSES REPRESENTADOS PELAS COLABORADORAS	48
4.3.1 Haiti	48
4.3.2 Tunísia	50
4.3.3 Venezuela	52
4.5 COLETA DE DADOS	54
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	55
4.7 ASPECTO ÉTICOS	58
5 RESULTADOS	59
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS	59
5.3 NARRATIVAS	60
5.4 TEMAS RELEVANTES	73
5.4.1 As surpresas e sentimentos durante o processo de parto	73
5.4.2 O cuidado percebido pelas mulheres e as memórias de experiências no país de origem	81
6 DISCUSSÃO	90

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PARTO E NASCIMENTO	135
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CHC UFPR (TCLE)	137
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MVFA (TCLE)	138
APÊNDICE 5 – CARTA DE CESSÃO	141

APRESENTAÇÃO

Minha história como enfermeira começa com a história da minha bisavó Ana, parteira. Lembro ainda na infância de sentar aos pés da minha avó Wanda e ouvi-la contar as histórias de parto da minha bisavó, bem como do interior e de suas peraltices de infância. O evento do parto sempre me atraiu por ser algo tão sobrenatural e, ao mesmo tempo, tão cotidiano, e me entrelaçava com a história de vida dessas que vieram antes de mim.

Desde a juventude me via encantada pela atenção ao parto e nascimento, e através da enfermagem busquei unir esse interesse a outro também de singular importância : pessoas e suas histórias. Através de um lar influenciado pela fé cristã, meus pais gentilmente me ensinaram a valorizar pessoas. Pessoas próximas ou distantes, conhecidas ou desconhecidas, todas elas, com suas histórias de vida, carregam valor. Assim, ouvir, reconhecer, comer junto à mesa, servir, sempre foram atividades estimuladas e ricas para mim.

Em 2011, no meu último ano de graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), fui convidada por uma professora a realizar um curso de formação como doula. Este foi meu primeiro contato com o parto humanizado, e ambiente no qual conheci colegas de diferentes especialidades que buscavam uma nova forma de atender, olhar e respeitar o cenário de nascimento. Também através desse curso, pude participar do parto de uma mulher marroquina. A possibilidade de me comunicar com ela permitiu que criássemos um vínculo, o que aumentou a sua segurança e lhe deu uma voz brasileira no momento do nascimento.

Após me formar em 2012, tive a oportunidade de morar em Curitiba, tive breves jornadas como enfermeira em centros obstétricos, entre elas, na Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Nela conheci profissionais profundamente comprometidos com o movimento de humanização do parto na cidade e pude participar dos desafios e vitórias cotidianas da assistência no centro obstétrico.

Naquela época já se atendia mulheres imigrantes na maternidade e, através dessas experiências, tive minhas primeiras discussões e reflexões sobre parto e cultura.

Dois anos depois, meu marido e eu nos mudamos para Vancouver, Canadá. Grávida do nosso primeiro filho, encontrei no *campus* da Universidade da Colúmbia Britânica (UBC) um grupo de *midwives* que atendia a comunidade estudantil estrangeira. Minhas consultas de pré-natal eram uma mistura de imersão cultural com cuidado obstétrico. Através do cuidado recebido, pude navegar pelo sistema de saúde totalmente desconhecido, opinar sobre a culinária local, contatar outras brasileiras, descobrir os melhores preços de mercado e farmácia, contar da minha experiência pessoal e profissional, além de receber acompanhamento pré-natal. Eu nunca esperei receber uma atenção tão completa durante minha em um país novo. A relação construída com esse grupo de *midwives* influenciou diretamente os meus anos seguintes no país.

Apesar de não poder exercer enfermagem no Canadá, fui convidada pelo mesmo grupo para prestar assistência como doula a outras gestantes estrangeiras do *campus*. Foram quase dois anos atendendo a comunidade imigrante com educação pré-natal, suporte durante o parto, suporte no pós-parto e consultoria de amamentação. Através desses atendimentos, pude aprender sobre culturas e costumes, ouvir histórias das parturientes, seus maridos e família, mas também observar, discutir e aprender com minhas colegas *midwives*. No meu ano final no país, iniciei um trabalho de atendente tradicional (*birth attendant*), onde pude assistir as *midwives* com mais técnica, focando minha atenção primariamente em famílias estrangeiras, sobretudo, latinas.

Ao retornar ao Brasil, eu desejava aperfeiçoar meu treinamento em enfermagem obstétrica. Ao mesmo tempo me surgiu a vontade de somar o conhecimento adquirido através da experiência no exterior com a realidade de atendimento brasileira. Através do mestrado acadêmico em enfermagem, busquei um espaço para aprender e compartilhar. Fui feliz em ter esse privilégio e encontrei na Universidade Federal do Paraná acolhimento e orientação pela Professora Doutora Silvana Regina Rossi Kissula Souza e co-orientada pela Professora Doutora

Tatiane Herreira Trigueiro. Em nossas reuniões, esse projeto nasceu, ganhou voz, atenção e amadureceu. As reuniões do grupo de pesquisa NEPECHE também enriqueceram este trabalho e proporcionaram troca de experiências e aperfeiçoamentos para mim como pesquisadora.

Assim, essa pesquisa inicia na minha história de vida, de parto e nascimento, e se concretiza pelas histórias das mulheres imigrantes aqui representadas. Meu desejo é que essa troca de histórias, aprendizados e aprimoramento não termine aqui, mas continue a caminhar e a se entrelaçar a tantas outras.

1 INTRODUÇÃO

O processo de parto e nascimento tem mudado ao longo da história. O momento histórico e o contexto sociocultural influenciam diretamente os significados e experiências do ser mulher e do parir (GUALDA et al., 2017).

Historicamente, cenário do parto e nascimento foi entendido como um evento familiar, domiciliar e comunitário. As famílias eram maiores e o evento do nascimento carregava profundo significado e valor à mulher e à comunidade (RATTNER, 2009). Nos séculos anteriores à modernidade, as mulheres vivenciavam o processo de parto em seus lares assistido por outras mulheres ou por parteiras que possuíam conhecimento empírico transmitido principalmente pela oralidade. Emergências e complicações faziam com que a figura da morte frequentemente se mesclasse ao nascimento (POSSATI et al., 2017).

Assim, no século XVII surge a figura do cirurgião para intervir nessas situações específicas. No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, houve avanços técnico-científicos que, somados ao maior desenvolvimento das ciências médicas, fizeram com que o parto se tornasse um evento hospitalar. Progressivamente, muitas mulheres perderam sua autonomia e foram submetidas a procedimentos desnecessários (POSSATI et al., 2017).

Contudo, mesmo com o advento da cirurgia cesariana e a hospitalização das parturientes, a alta taxa de mortalidade materna ainda era evidente (LEAL et al., 2021). A isso, somou-se a insatisfação das mulheres com suas experiências de parto, iniciando um movimento social mundial de mudança na assistência ao parto (RUSSO et al., 2019). Este novo modelo, chamado de humanista, busca uma relação de respeito entre o profissional e a mulher (DAVIS-FLOYD, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em resposta ao movimento social do século XX, publicou novas diretrizes que visaram melhorar a qualidade da assistência ao parto. Entre elas, destaca-se a Carta Fortaleza, que estabeleceu recomendações relacionadas à atenção ao parto e os direitos da parturiente, fomentando muitas mudanças na área obstétrica (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 1985). Um guia prático foi emitido em 1996, que conceituou o parto normal e sua humanização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). A última atualização da organização culminou em 2018, através da apresentação das “Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência positiva do parto” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

As iniciativas no Brasil para a conquista do parto humanizado são variadas e, desde a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se evidenciado mudanças significativas na qualidade da atenção. Espaços e recursos têm sido adequados para oferecer uma experiência humanizada no processo de parto. No entanto, muitos desafios não permitem seu total desenvolvimento. Entre os principais problemas está a permanência do modelo intervencionista na preparação dos profissionais de saúde, o que produz uma replicação na visão mecanicista até hoje ainda instaurada. A inserção da enfermeira obstétrica é uma recomendação da OMS, e estratégia relativamente nova no cenário nacional. Sua finalidade maior é diminuir o intervencionismo no parto de baixo risco e aumentar o uso de práticas baseadas em evidência (PEREIRA et al., 2018).

Paralelo a este movimento, no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Brasil, como um dos 189 estados participantes então, se comprometeu com o cumprimento de oito propósitos baseados no desenvolvimento humano, entre os quais está, “melhorar a saúde materna”. Devido às metas não terem sido atingidas até 2015, e para dar continuidade aos ODM, foram propostos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que tem como propósito assegurar uma vida saudável, diminuir as desigualdades de gênero e promover ações de justiça social, e aprimorar o atendimento obstétrico a todas as mulheres e recém-nascidos (BRASIL, DE EMBAIXADAS NORTE, 2020).

A própria ONU e a OMS apontam que há certos grupos sociais que são mais vulneráveis, ou que apresentam maiores dificuldades para acessar o sistema de saúde. Dentro desse grupo, destacam-se as mulheres imigrantes, as quais muitas

vezes se encontram sem documentos e com limitações de comunicação no idioma local, o que representa um desafio ainda maior à assistência (MILEV, 2020).

Nesse sentido, a assistência em saúde reprodutiva à mulher imigrante tem sido alvo de novos estudos. É possível perceber que a mulher imigrante é sujeita a vulnerabilidade, pelo seu papel social, de gênero, sexual e reprodutivo, nos períodos que antecedem o trânsito, durante ele e no processo de adaptação ao novo país (SANTINHO, 2012).

Em muitas culturas, a gravidez e o nascimento são eventos carregados de costumes e valores, e trazem em si mudanças complexas para a mulher. Toda experiência individual é resultado da interação dos significados coletivos que sua cultura proporciona (RUSSO et al., 2019). Isso faz com que mulheres de diferentes contextos tragam consigo os saberes sobre seus corpos, de seus bebês, e sobre o cuidado a ambos. Tais saberes se cruzam com os saberes científicos (ROSSA, 2017).

Assim, ao terem seus corpos submetidos a uma série de procedimentos médicos e ao terem seus saberes negligenciados nessa fase, as mulheres imigrantes se perpetuam no contexto de medo e vulnerabilidade (ROSSA, 2017). Dessa forma, é possível evidenciar uma série de eventos que configuram violência obstétrica contra a mulher imigrante durante a gestação, parto e puerpério (ALVES, 2013; KURAMOTO, 2016; ROSSA, 2017).

É importante, então, que ao refletir sobre a imigração feminina, se busque novas competências culturais no cuidado (SANTINHO, 2012). Apesar do tema pertinente e urgente, há lacunas na produção científica de estudos que relacionem a vivência de gestação, parto e nascimento entre mulheres imigrantes, com conhecimento de competências culturais entre a equipe de saúde que as assiste (BEEK, 2019).

Segundo dados da OBMigra, mulheres representam 37% da população imigratória no Brasil (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018). Dentro do movimento de refúgio, elas chegam a 30%, segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), sendo que 89% são mulheres em

idade reprodutiva. O aumento de mulheres imigrantes e refugiadas em idade fértil no Brasil tem levado parte dessas mulheres a vivenciarem o processo de parto e nascimento no país (BRASIL, Casa Civil, 2017).

Baseado no cenário de imigração feminina no Brasil e visando promover a humanização da assistência ao parto e nascimento, este estudo busca contribuir para a melhoria dos cuidados à mulher imigrante durante o atendimento ao parto e nascimento. Ao pesquisar na literatura nacional as produções nesta temática, percebeu-se que há conteúdo reduzido que descreve e engloba a diversidade do cuidado prestado a estas mulheres vulneráveis no ciclo gravídico puerperal.

Diante do exposto surge a seguinte questão norteadora: como é a experiência de parto e nascimento de mulheres imigrantes em um hospital de ensino da região sul do Brasil?

Como um todo, a presente pesquisa visa contribuir para a restauração de justiça social e pacificadora às mulheres imigrantes, bem como promover igualdade de gênero e de raça para todo grupo social vulnerável, e levantar informações que auxiliem na construção de estratégias de gestão em saúde, como preveem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (UNITED NATIONS, 2015). Também espere-se fomentar uma visão ampla, a fim de promover o ações que contribuam para melhoria do atendimento às mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a experiência de mulheres imigrantes, no processo de parto e nascimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS E O ACESSO À SAÚDE

O movimento migratório é inerente à história da humanidade. Indivíduos e suas famílias sempre cruzaram fronteiras em busca de proteção ambiental ou política, novas oportunidades ou porque foram forçados a se retirar de seus locais de origem (BAENINGER, 2012).

Diante da diversidade de modalidades migratórias, são considerados imigrantes, aqueles que atravessam fronteiras entre países. Quando há referência aos principais grupos imigrantes, geralmente são imigrantes de Longa Permanência. Esse grupo é formado por aqueles indivíduos que intendem uma permanência mais longa ou a saída daqueles que vão permanecer por um período maior, como exemplo: os asilados, estrangeiros deportados, expulsos ou extraditados, refugiados, solicitantes de refúgio, diplomatas e seus familiares, estrangeiros com vistos especiais, reunificação familiar, portugueses com igualdades de direitos civis, estrangeiros contemplados pelo Acordo de Residência do Mercosul e Programa Mais Médicos. Além desse grupo, existem os imigrantes que são Residentes, Migrantes Temporários, Migrantes em Trânsito, Turista e Migrantes Pendular (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2015).

Na última década, estimou-se que cerca de 244 milhões de migrantes se movimentaram entre fronteiras no mundo, sendo 40 milhões em processo de imigração, 22 milhões refugiados, 3 milhões procurando asilo (UNITED NATIONS, 2016). No Brasil, entre os anos de 2010 a 2018, atingiu-se a marca de 1.221.000 registros de imigrantes, sendo quase 386.000 de longo termo (aqueles que planejam se fixar no país) e 645.000 de migrantes temporários (aqueles que planejam voltar para os seus países de origem). As principais nacionalidades representadas são provenientes da: República do Haiti, Bolívia, Colômbia e Venezuela (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018). O Paraná, aparece como um dos principais capitais de destino à refugiados no Brasil (BRASIL, Ministério da Justiça, 2017). Além dessa

categoria, o estado do Paraná também é alvo de imigrantes diversos. No ano de 2020, estima-se que foi o quinto estado que mais recebeu imigrantes no país (BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020).

Com o aumento dos fluxos migratórios, em 2017, foi sancionada a Lei 13.445/2017, que substituiu o antigo Estatuto do Estrangeiro, trazendo avanços importantes para a política migratória (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018). Um dos pontos cruciais da nova lei foi a determinação de princípios e diretrizes dentro das políticas migratórias brasileiras. No artigo 4º, é explícito o direito ao acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (BRASIL, Casa Civil, 2017).

Além desse documento, o Artigo 6º da Carta Magna incluiu o direito à saúde entre os direitos sociais que devem ser garantidos pelo estado brasileiro (GORISCH, 2018). Embora o acesso seja garantido por lei, há certa invisibilidade e incompreensão do sistema político, social e de saúde. A situação da imigração e do refúgio pode ser mal compreendida ou banalizada, o que deixa o imigrante e sua comunidade à deriva (SANTINHO, 2012).

Ao considerar a situação anterior ao refúgio ou a imigração forçada, muitos desses indivíduos viveram em um cenário de medo, fuga, violência, má nutrição e aglomerações, levando-os a efeitos nefastos no plano psicológico e físico. Logo, enfrentaram perdas e luto pelo país de origem, pelo distanciamento de sua comunidade familiar, pelo seu referencial cultural e, por fim, de sua identidade (BORGES, 2012).

Em pesquisas sobre adaptação, a comunidade refugiada tem relatado a dificuldade ao acesso a serviços de saúde (BURGESS, 2004). Apesar do direito universal à saúde, o acesso aos cuidados de saúde são restritos pela falta de conhecimento sobre: a legislação, a estrutura e organização do sistema, a rotina de funcionamento dos serviços (como horários e tempo de espera), a dificuldade de acesso pela distância e o desconhecimento sobre as equipes multiprofissionais (ALVES, 2013).

Uma das maiores dificuldades encontradas pelos imigrantes, refugiados e requerentes de asilo é a compreensão cultural. Isso ocorre, principalmente devido às barreiras linguísticas e culturais entre profissionais de saúde e população imigrante. O contato com a experiência traumática que alguns imigrantes vivenciaram foi relatado como fonte de desconfortos por parte de alguns profissionais, evidenciando o despreparo diante da complexidade dessa população (SANTINHO, 2012).

A complexidade cultural se dá devido a diversidade de países representados, e de que cada indivíduo possui sua própria história e cultura. Programas de saúde pública perdem ao exigir que esses indivíduos se conformem à realidade do serviço, ou estabelecer apenas um instrumento para atender o todo. Se as culturas, a religião e as tradições forem negligenciadas torna-se difícil alcançar e acolher as comunidade estrangeiras (ALVES, 2013).

O status migratório não representa sozinho um fator de risco para a saúde, mas a sua saúde depende de sua história de migração e o contexto para o qual ele migra. Quando negligenciado em sua complexidade, ou mal compreendido em sua cultura, a saúde do imigrante fica mais suscetível a danos após o processo migratório. O movimento de proteção que era pretendido, configura-se como evento estressor e às vezes traumatizante (BURGESS, 2004; ALVES, 2013; KURAMOTO, 2016).

Em relação a imigração feminina, sabe-se que em muitos contextos a mulher é submetida a sistemas patriarcais nos seus países de origem ou é vítimas de violência de gênero (SANTINHO, 2012). Entre as principais formas de violência que mulheres imigrantes relatam, está a violência doméstica. Esta é sustentada em muitas sociedades, geralmente fruto de uma tradição cultural onde o homem controla a comunidade, o mercado, sua parceira e filhos. A mulher, nesse contexto, geralmente é isolada, submissa ao seu companheiro e obstinada a sacrificar-se pela comunidade e família. É necessário ressaltar que os papéis clássicos de gênero não justificam o abuso, mas aumentam a vulnerabilidade para o abuso (RAJ; SILVERMAN, 2002). Há também a violência social, na qual o governo ou a sociedade deixaram de prover trabalho ou condições dignas de sobrevivência,

fazendo com que essa mulher e seus dependentes se tornem vulneráveis (SANTINHO, 2012).

Muitas mulheres imigrantes, se mudam com os seus maridos e só compreendem sua situação como violenta quando se chocam com outra cultura. Pesquisas também apontam que mulheres imigrantes, ao adquirirem a cultura do país residente, começam a questionar o modelo patriarcal, gerando tensão com seu parceiro e comunidade de origem. Como resultado, mulheres imigrantes aculturadas também são mais vulneráveis a violência doméstica e sexual (RAJ; SILVERMAN, 2002).

Mulheres imigrantes também buscam se emancipar, ao buscarem uma nova realidade. A violência sexual é comum durante o trânsito para uma nova localidade, em troca de favores e bens materiais para seus filhos (ROSSA, 2017). O fato de estarem longe de sua comunidade de origem e família dificulta qualquer suporte financeiro ou emocional para sair de uma relação violenta. Há também o caso de mulheres que não podem separar-se dos seus maridos, pois seu visto é dependente dele. A este cenário, soma-se o desconhecimento das leis de proteção e do sistema legal do novo país residente, dificultando a autonomia da mulher imigrante, assim tornando-a vulnerável a violência de gênero (RAJ; SILVERMAN, 2002; OKEKE-IHEJIRIKA; YOHANI; MCMENEMY, 2018).

Em países com altas taxas de população imigrante, a violência doméstica é um dos maiores problemas econômicos, pois sobrecarrega a saúde pública. A fragilidade física e mental dessas mulheres e crianças dificulta a estabilização dessa população na nova sociedade (OKEKE-IHEJIRIKA; YOHANI; MCMENEMY, 2018).

A Declaração de Nova Iorque e o Pacto Mundial sobre Refugiados para Países da América Latina e Caribe teve como iniciativa o combate à violência sexual e de gênero, por meio da promoção do empoderamento e a proteção de mulheres e garotas. Visando combater a violência sexual e de gênero, o pacto preconiza o acesso a saúde reprodutiva e sexual dessa população (UNITED NATIONS, 2016).

No cenário nacional, embora a nova política imigratória também traga direito a proteção, a acessibilidade a recursos públicos universais, ao repúdio à xenofobia e

ao tráfico sexual, não há nenhuma nota específica garantindo proteção à mulher em situação de vulnerabilidade migratória, ou direito a saúde sexual e reprodutiva específica dessa população (BRASIL, Casa Civil, 2017). Mulheres imigrantes têm os piores indicadores de saúde quando comparados às mulheres nativas; em relação aos homens imigrantes, as outras mulheres em situação de vulnerabilidade (OMS, 2017).

Pesquisas mostram que embora possuam traumas e outras doenças, a saúde dessas mulheres pode ainda piorar quando são mal acolhidas (ROSSA, 2017; SANTINHO, 2012). Ao sofrerem com o preconceito profissional e com a falta de sensibilidade a suas histórias, é comum mulheres imigrantes e refugiadas se sentirem humilhadas e “mal atendidas” em serviços de saúde. O evento do parto, como parte da vida sexual das mulheres, pode fazê-las retornar para uma posição de vulnerabilidade, perpetuando a violência (SANTINHO, 2012).

3.2 O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL

A transição do parto domiciliar ao hospitalar, entre os anos 30 e 70, estava envolta em preocupação acerca da higiene e do progresso social no séc. XX. Essa transição foi lenta devido à resistência das parturientes em mudarem o cenário outrora familiar. As maternidades do séc. XIX eram conhecidas por atenderem mulheres indigentes ou renegadas da sociedade, que não tinham uma casa para parir, ou ainda em casos de emergências obstétricas, aproximando o cenário da instituição com a morte materna (DAVIS-FLOYD, 2019).

Com o advento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70, o direito à saúde foi reconhecido como responsabilidade do Estado. Fomentado pela Declaração Universal dos Direitos Humano de 1948, este direito deveria ser universal, solidário e inclusivo a todos em território brasileiro. Neste sentido, foi criado também o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em

1983, que defendia a compreensão da mulher como um todo, tirando a concepção fragmentada do corpo feminino (SOUZA; GUALDA, 2016).

Somente no fim da década de 80 com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, o modelo previdenciário antigo foi extinguido e o SUS foi sistematizado com novos pilares de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). O Programa de Saúde da Família foi implementado pelo Ministério da Saúde, na tentativa de promover um novo modelo de cuidado a saúde. Este não seria mais centrado na doença, mas nas demandas coletivas e individuais do cuidado integral (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Contudo, uma barreira enorme do modelo disfuncional e fragmentado anterior, dificultou esse processo. Paralelamente, a mídia brasileira teve um papel importante, ao enfatizar a qualidade da assistência privada, enfraquecendo ainda mais a imagem da assistência pública (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). A assistência obstétrica privada fortalecia o modelo tecnocrático, acompanhando os movimentos dominantes ocidentais da assistência em saúde e do modelo econômico vigente (DINIZ, 2005).

Ressalta-se que modelo econômico internacional vigente, era incompatível com os valores do SUS. Caracterizado pelo crescimento de capital, individualismo, eficiência, e exclusão do que era inferior, comunitário e demorado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). As décadas de 80 e 90 trouxeram o predomínio das tecnologias em detrimento de valores éticos na saúde, o que afetou diretamente a assistência ao parto e nascimento e os direitos das gestantes e parturientes (ANDREZZO, 2016).

No Brasil, a assistência ao parto também foi “otimizada” por intervenções e ferramentas como o uso da episiotomia¹ e o fórceps². Algumas práticas como a privação de deambulação, de comida, de ter um acompanhante, somado a

¹ Incisão cirúrgica vulvoperineal que secciona pele, mucosa e musculatura perineal (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

² Instrumento obstétrico destinado a apreender a cabeça do feto e extraí-la mecanicamente através do canal vaginal (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

intervenções como a manobra de *Kristeller*³, episiotomia, ocitocina sintética de uso indiscriminado, posição litotômica forçada, palavras de desmerecimento, punitivas, preconceituosas, ou comportamento hostil ou indiferente a mulher e bebê, configura-se em violência obstétrica. Essa trouxe marcas profundas na história e nos corpos de mulheres que foram violentadas. Muitas relataram dificuldade no enfrentamento do puerpério, na vida sexual e reprodutiva (BASTOS et al., 2015; SILVA et al., 2016). No auge do período sociodemográfico do *baby boom*, devido à alta demanda, a eficiência do modelo de assistência ao nascimento só poderia ser alcançada pelo aumento da cirurgia cesárea. O paradoxo do modelo intervencionista, carregado de tecnologias e longe das relações humanas, se fez evidente ao apontar esse como uma das razões para a não diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

Em busca do uso adequado de tecnologias, associadas a um modelo de assistência altamente científico, mas também relacional e complexo, iniciou-se um movimento internacional de mudança. No Brasil, esse movimento de carácter social e político, contra a hegemonia obstétrica, se intitulou, humanização do parto (DINIZ, 2005; BOURGUIGNONA; GRISOTTIB, 2018).

Reforçada pela OMS, que em 1985 publicou as primeiras Recomendações Para O Parto Normal, buscou-se promover uma assistência baseada em direitos humanos e reprodutivos (DINIZ, 2005). O movimento de humanização do parto levantou discussões a respeito do uso de tecnologias e evidências científicas para usá-las no processo de assistência. Porém, somente no ano 2000, a humanização do parto e nascimento foi instituída como política pública (ROCHA; NOVAES, 2010).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS foi instituída, fomentado pelas novas políticas sociais e econômicas. O programa visava a valorização dos usuários e trabalhadores, fortalecendo os valores do SUS em um modelo de saúde integra (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). O modelo de humanização do parto fortaleceu-se no Brasil com implementação de políticas

³ Manobra de expressão do fundo do útero, com intuito de expulsar o feto. Pode levar a hipertonia uterina, compressão do pólo cefálico fetal, diminuição da vitalidade fetal, descolamento prévio de placenta, embolia amniótica, hemorragia interna na parturiente (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

públicas que buscavam atingir as Metas do Desenvolvimento do Milênio, de redução da mortalidade materna e infantil (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

O processo de mudança ocorreu por meio de iniciativas o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (em 2000), Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), Lei do Acompanhante 11.108 (2005), Rede Cegonha (2011) e Parto Adequado (2015), foram construídas estratégias para alcançar a redução do número de cesáreas e adequação de práticas baseadas em evidências na assistência hospitalar, visando a redução de mortalidade e morbidade de mães e bebês (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

O termo “medicina baseada em evidências”, referente às evidências científicas que sustentam as práticas de assistência obstétrica, tornou-se comum nas discussões e ponto chave para construção das Boas Práticas na Assistência Obstétrica (BOURGUIGNONA; GRISOTTIB, 2018). Também, iniciou um movimento de assistência ao parto domiciliar planejado, o que fomentou a visão holística do cuidado e o respeito a tradição (RATTNER, 2009). Além disso, o movimento trouxe uma ressignificação de conceitos envolvidos na assistência obstétrica, nas relações humanas e de cuidados. Abriu-se espaço para reconhecer o parto como um evento pessoal, sexual e familiar. Nesse novo processo de nascimento voltou-se a valorizar o processo fisiológico e com menos intervenções (DINIZ, 2005).

O novo modelo de assistência humanizada protagoniza a mulher e protege o seu bebê, configurando-se como menos intervencionista possível, considerando a complexidade fisiológica, psicológica e sociocultural da mulher. A tecnologia tornou-se personagem coadjuvante, instrumento de auxílio em situações específicas. O evento do parto e nascimento pode, então, ser vivenciado com segurança, sexualidade, dignidade e beleza (KURAMOTO, 2016).

Nesse novo paradigma, a unilateralidade entre os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuário, trabalhadores e gestores) promove uma

corresponsabilidade entre eles, vínculo comunitário com ambiência do parto e onde ocorre esse processo de gestar, parir e nutrir (RATTNER, 2009).

Para perpetuar-se o movimento de humanização, tem promovido: respeito a minorias desfavorecidas por gênero, raça ou etnia, levando ao atendimento de saúde que considere seus costumes e diversidade cultural; melhoria das condições de trabalho, educação permanente e fortalecimento das ações da equipe multiprofissional; fortalecimento do controle social participativo e a construção de redes cooperativas e solidária, visando a melhora dos serviços de saúde (RATTNER, 2009).

Em mais de 25 anos de movimento pela humanização do parto e nascimento, a realidade obstétrica do Brasil tem mudado aos poucos, conquistando vitórias e visando melhoria de pontos ainda cruciais na assistência.

Em relação aos indicadores obstétricos, a pesquisa “Nascer no Brasil”, demonstrou que a maioria das mulheres no Brasil prefere o parto vaginal durante o pré-natal. Desse total, apenas 58,4 % tiveram parto normal, sendo 22% dessas mulheres no setor privado. Por outro lado, 96,8% das mulheres que preferiam a cirurgia cesárea conseguiram o procedimento esperado. A disparidade nos grupos investigados, em parte ocorre por falta de uma rede de apoio que incentive e prepare essa mulher na sua escolha. Ainda nesse estudo, as mulheres que receberam o suporte durante a gestação e permaneceram com a sua escolha de parto normal, foram as que tiveram menor proporção de cesarianas, independente do setor (DOMINGUES et al., 2014).

Também foi salientado na referida pesquisa que o apoio durante o trabalho de parto e parto promovem desfechos perinatais melhores, como: menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas, menor uso de analgesia, menor susceptibilidade a violência obstétrica e maior uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. O medo da dor durante o parto vaginal ainda é a justificativa mais comum para a escolha de cesárea como via de parto entre primíparas e a experiência negativa de parto vaginal anterior é a maior entre as múltiparas (LEAL et al., 2019).

Uma mudança na prática assistencial tem ocorrido, pois o aumento da cesariana intraparto no setor público e a diminuição da cirurgia anteparto no setor privado demonstra que mais mulheres estão entrando em trabalho de parto espontâneo ou induzido. Houve um aumento de boas práticas na assistência, ao incrementarem tecnologias leves e de baixo custo, como: livre movimentação da gestante durante o trabalho de parto, consumo de alimentos e líquidos, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença de um acompanhante, liberdade de expressar a dor, realizar preces ou outra prática religiosa/tradicional. Mesmo com esse estímulo, apenas metade das mulheres do SUS teve acesso às boas práticas de assistência ao parto (LEAL et al., 2019).

O uso de boas práticas, tecnologias leves e uma equipe assistencial de suporte, parecem ser pontos primordiais para uma boa experiência de parto (DOMINGUES et al., 2014). Por meio de pesquisas, mulheres brasileiras apontaram que o bom relacionamento com a equipe assistencial foi muito importante. Uma equipe conectada com as necessidades singulares de cada família, consegue prover um cuidado baseado em evidências, claro, respeitoso e empático para a mulher e seu acompanhante (BALDISSEROTTO; THEME FILHA; GAMA et al., 2016).

Ao analisar o atendimento na rede pública, contudo, percebe-se diferentes facetas de atendimento. Um estudo realizado em Brasília, Distrito Federal, entre os anos de 2012 e 2013, somente em instituições públicas, verificou que mulheres que tiveram experiência de parto em centro de parto normal, tiveram maior satisfação do que mulheres que tiveram em maternidades e hospitais. Ainda, as mulheres que foram acompanhadas em centros de parto normal, tiveram expectativas de atendimento respondidas, e relataram seu protagonismo durante o processo de parto (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

O protagonismo apareceu como um dos fatores decisivos na humanização do parto no Brasil. Cada mulher é um ser único, em um processo único, com seus significados familiares e culturais específicos. Permitir um espaço para que esses conceitos apareçam de forma respeitosa e segura é primordial para uma assistência humanizada e diversa. As diferenças culturais têm espaço no processo de

humanização do parto, pois é em meio a ela que a mulher deve encontrar segurança e colhimento (KURAMOTO, 2016).

3.3 A CULTURA E O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES

A experiência de parto e nascimento de mulheres imigrantes é complexa pois, ocorre paralelamente a dois eventos de transformação. Por um lado, a vivência do processo migratório, todas as dificuldades e adaptações que ela exige. Por outro, a experiência do parto, em toda a sua intensidade e significados, mudando o seu “ser mulher”, o seu ambiente, o seu contexto familiar e sua vida (KURAMOTO, 2016).

Quando o processo de parto e nascimento é citado como um evento cultural, emerge a necessidade de refletir sobre o que significa cultura, e como o parto a permeia (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019). A ideia de cultura parece fazer parte da história social, desde o seu tempo mais rudimentar. Ao longo da história diferentes filósofos, sociólogos e antropólogos esmeraram em definir cultura de acordo com a linha de pensamento da época contemporânea. Entre as teorias modernas de cultura, esta pode ser definida como sistemas, ou seja, padrões de comportamento socialmente transmitidos, permitindo que comunidades humanas se adaptem a um local, a um tempo e a uma organização (LARAIA, 2018).

A organização, na cultura, parece como um fator importante, pois permite aglutinar mecanismos de controle, receitas, valores, instruções que exercem influência no comportamento de um dado grupo. Isso implica que o local, ou comunidade, que uma pessoa nasce e se desenvolve, imprimirá nela valores, símbolos e regras que o organizarão como indivíduo. Assim, ao estudar a cultura de parto de um determinado grupo, é desvendado um sistema de símbolos e significados que constroem essa categoria e uma tendência de comportamento de seus atores (LARAIA, 2018).

O processo de parto e nascimento estão presentes em todas as culturas e são moldados socialmente. A partir dele, encontra-se duas possibilidades: compreendê-los pelos seus pontos em comum na diversidade de culturas; ou compreendê-los pela cultura em que estão inseridos, seus valores, modelo econômico e política local. Quando relacionamos as experiências de parto de mulheres imigrantes, lidamos com o choque de duas ou mais culturas de parto que se encontram. O resultado desse encontro tem sido alvo de pesquisas no mundo todo (DAVIS-FLOYD; CHEYNEY, 2019).

Países como Alemanha, Noruega, Suécia e Turquia mulheres imigrantes tem o mesmo acesso ao sistema de saúde que mulheres nativas. Esse contexto igualitário reflete a semelhança que ambos os grupos têm em relação aos indicadores de via de parto (RASSJO et al., 2013; BAKKEN; SKJELDAL; STRAY-PEDERSEN, 2015; OZEL et al., 2018). Na Alemanha foi analisado os indicadores obstétricos e perinatais de mulheres nativas alemãs com mulheres imigrantes. Verificou-se valores semelhantes entre os grupos, no que diz respeito à incidência de parto normal, uso de vácuo/fórceps e cesariana eletiva (DAVID et al., 2017).

Na Noruega, pesquisadores obtiveram resultados diferentes ao compararem os indicadores obstétricos de mulheres norueguesas com mulheres imigrantes e mulheres refugiadas, entre os anos de 2006 e 2010. Mulheres refugiadas apresentaram indicadores semelhante a mulheres nativas, com exceção do risco aumentado para cesarianas de emergência. Já mulheres imigrantes de contextos diversos, tiveram achados obstétricos foram os mais diversos. Mulheres Latinas e Caribenhas tiveram maior taxa de parto induzido, distocias, cesarianas eletivas e anestesia epidural, comparado a todos os grupos. Mulheres Africanas tiveram maiores taxas de cesarianas emergências, episiotomia e sangramento aumentado pós-parto. De maneira geral mulheres Africanas e Asiáticas tiveram os maiores riscos de emergências obstétricas. Os autores indicaram que o tipo de imigração e o cenário sanitário e cultural anterior influenciaram nos indicadores de parto (BAKKEN; SKJELDAL; STRAY-PEDERSEN, 2015a; BAKKEN; SKJELDAL; PEDERSEN, 2015b).

O país de origem, parece influenciar na predisposição a cesariana de emergência em alguns grupos imigrantes. Isso ocorre, pois, mulheres advindas de países economicamente inferior, ou politicamente instáveis, estão mais susceptíveis a pobreza, doenças e conseqüentemente às baixas condições de saúde. Já em novo país, tais imigrantes tendem a viverem junto as minorias, com dificuldades de sustento financeiro, terem posições ruins de trabalho, falta de suporte da comunidade local e estarem susceptíveis a práticas assistenciais ilegais e de baixa qualidade (em países que não tem acesso público e gratuito a saúde) (MERRY et al., 2016).

Um estudo canadense elencou outros fatores que se relacionaram com o atendimento obstétrico a parturientes imigrantes. O tempo de residência no país receptor demonstrou estar fortemente relacionado ao nível de suporte comunitário que essa mulher imigrante tem. A fluência no novo idioma, esteve relacionado com a falta de empoderamento de mulheres, ao tentarem questionarem condutas ou na efetividade em buscar auxílio assistencial durante a gestação. O tipo de status migratório apareceu estar diretamente relacionado ao acesso a serviços de saúde e atendimento de qualidade (MERRY et al., 2016).

As revisões de literatura indicam que as principais dificuldades que as mulheres imigrantes encontram durante o processo de parto e nascimento são: a distância de sua família de origem, o acesso aos serviços de saúde, comunicação, falta de empoderamento na tomada de decisões, discriminação e estereotipagem, falta de sensibilidade cultural por parte da equipe e dificuldade no manejo das diferenças culturais por parte da paciente (SMALL et al., 2014; HIGGINBOTTOM et al., 2015; KHANLOU et al., 2017).

Muitas mulheres relataram a sensação de perda e luto quando se deparam com a separação de sua família de origem, sua família estendida. Esse sentimento demonstrou ser agravado durante a experiência de gestação e nascimento (ROBERTSON, 2015; MISSAL et al., 2016). Em alguns estudos, mulheres imigrantes recorrentemente recordam de como a ausência da sua mãe, em

particular, dificultou o processo de maternidade (MISSAL et al., 2016, KORUCU et al., 2017).

Contudo o suporte de outras mulheres da família ou da comunidade, e uma boa relação com a sua atendente ou *midwife* fez diferença na sensação de suporte feminino, principalmente durante o parto (MISSAL et al., 2016; OWENS et al., 2016; KIM et al., 2017). Com a presença de sua família nuclear, algumas mulheres relataram que o suporte do marido durante o trabalho de parto lhes causou vergonha e afastamento, porém outras acharam a experiência positiva e perceberam que a participação do companheiro o fez mais solícito nos cuidados pós-parto (MISSAL et al., 2016; OWENS et al., 2016).

Apesar do acesso a saúde ser público e universal em muitos países, mulheres imigrantes advindas de situações de vulnerabilidade, como refugiadas, solicitantes de asilo, migrantes econômicos ou outra categoria que não tem o seu status legal solidificado no momento de entrada ao novo país, podem ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela falta de documentação válida (KHANLOU et al., 2017).

A mesma dificuldade ocorre em países no quais o sistema de saúde é privado, fazendo com que imigrantes em situação financeira desfavorecida não tenham como acessar hospitais, maternidades e clínicas durante o pré-natal, parto e puerpério (MERRY et al., 2016; KHANLOU et al., 2017; KIM et al., 2017). A barreira em entender e acessar serviços de saúde maternal promoveu o estresse durante o processo de parto e nascimento, bem como pode prejudicar a amamentação, imunização perinatal e a saúde mental puerperal (ROBERTSON, 2015).

A solução em muitos casos foi buscar serviços assistenciais ilegais ou membros da comunidade local que ofereçam práticas tradicionais de parto (MERRY et al., 2016). Em um estudo coreano, algumas mulheres imigrantes referem que nos grandes centros urbanos, há opções de atendimento legais e sem custos, porém muitas desconhecem desse recurso, ou não dispõem de recursos para se deslocar com frequência a essas clínicas (KIM et al., 2017).

Uma vez tendo acesso aos serviços de saúde, outra grande barreira parece se instalar: a dificuldade de comunicação. A comunicação se dá na capacidade de comunicar e de ser compreendido (CROWTHER; LAU, 2019). A diferença idiomática afeta diretamente a qualidade do cuidado de saúde entre profissional e mulher, e impede diretamente que essa se posicione e exerça autonomia durante o trabalho de parto, tornando-a vulnerável (KORUCU et al., 2017; CROWTHER; LAU, 2019).

Quando uma mulher imigrante não consegue pedir ajuda, intensifica-se a sensação de que ela é estrangeira, dando margem a vulnerabilidade, ao desconforto e a vergonha. Uma solução possível apresentada na Escócia, é a disposição de material impresso em diversas línguas ou a presença de um interprete durante o parto. Este interprete pode ser o marido dessa mulher, ou outro membro da família, um membro da equipe assistencial, ou alguém contratado pelo hospital ou maternidade. Contudo, o estudo escocês relatou que algumas parturientes expressaram que ter uma interprete estranha a mulher durante o trabalho de parto e parto, pode tornar-se em uma situação negativa e intimidadora (CROWTHER; LAU, 2019).

No Canadá, algumas mulheres imigrantes relataram dificuldade de comunicação durante o parto, relacionado a diferença idiomática. Apesar de ter auxílio de seus parceiros para a tradução do que era falado, essas mulheres relataram dificuldade com as interpretações de seus maridos. A falta de vocabulário médico e a relação de submissão com o parceiro, deixou algumas imigrantes inseguras, principalmente na tomada de decisões (HIGGINBOTTOM et al., 2015).

O cuidado precisa ser compreendido para que mulheres imigrantes tenham uma boa experiência de cuidado na saúde materna, independentemente do desfecho. A dificuldade de comunicação aparece como um dos fatores que podem levar a uma experiência negativa de parto e nascimento. Mulheres imigrantes relatam o desejo de falar e compreender, por si, no seu tempo, com paciência e auxílio da equipe e da tecnologia (referindo-se a aplicativos de tradução) (CROWTHER; LAU, 2019).

Além da complexidade da comunicação entre usuária migrante e equipe de saúde, a sensibilidade cultural por ambas as partes, também parece ser um fator chave para uma boa experiência de parto. Um estudo com mulheres refugiadas e requerentes de asilo na Irlanda descreveu que mulheres com experiências com o modelo holístico de assistência em saúde, tiveram que se adaptar as diferentes tecnologias oferecidas no processo de parto e nascimento, como monitoramento contínuo de batimentos cardíacos e analgesias peridural e epidural (TOBIN et al., 2014).

Semelhantemente, a exposição de mulheres de cultura Somali à cirurgia cesárea nos Estados Unidos, expôs algumas destas mulheres ao medo e tristeza profunda ao necessitar desta intervenção. Para as mulheres da cultura Somali a cesariana é vista como uma punição de Deus. Assim a mulher que sofre tal procedimento é muitas vezes humilhada e excluída de sua comunidade. Além disso, a cultura Somali tem rituais específicos acerca do parto e puerpério que muitas vezes passam despercebidas pela equipe de saúde (MISSAL et al., 2016).

Na Austrália, mulheres migrantes advindas de países cuja prática de assistência ao parto e nascimento é médico-centrada e tecnocrática, tiveram dificuldade em se adaptar ao modelo de assistência holística ou biopsicossocial. Além disso, essas mulheres também relataram o desconforto de serem atendidas por profissionais do sexo masculino, durante o trabalho de parto e parto. Porém a presença do marido, afastado do cenário de parto na cultura materna, foi positiva para a maioria das mulheres, ressignificando a participação paterna durante o parto e nascimento (OWENS et al., 2016). As famílias migrantes enfrentam a complexa ambiguidade de tentar se adequar e muitas vezes culturalizar-se em seus novos países, e, ainda assim, manter as práticas tradicionais de seus países de origem (KORUCU et al., 2017).

Apesar de estudos anteriores, citarem a sensibilidade cultural como maior barreira a ser transposta, uma revisão sistemática sobre atendimento perinatal a mulheres migrantes na Austrália, Canadá, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos, indicaram que mulheres migrantes querem um cuidado que seja respeitoso e bem

comunicado, com igualdade de assistência e sem discriminação (SMALL et al., 2014). Um *scooping review* sobre saúde materna no Canadá, exemplifica a necessidade de respeito durante o atendimento intraparto. Os autores citam as experiências de parto de mulheres Somali no Canadá, e encontraram uma prática insensível e inadequada sobre a tolerância de dor intraparto. O relato das mulheres Somali sobre o sentimento de isolamento do processo de decisão sobre o seu cuidado, o que as levou a uma experiência de parto com mais intervenções do que elas desejaram. Ainda, essas mulheres relataram que foram vítimas de comentários ofensivos, atitudes de repulsa por parte da equipe e falta de privacidade durante os procedimentos (KHANLOU et al., 2017).

Em relação ao cenário obstétrico imigrante no Brasil, a maior parte de publicações nacionais sobre o tema se restringem ao estado de São Paulo. Na história do Brasil, a capital São Paulo é uma das principais cidades que recebeu e acolheu a população imigrante. Até hoje o grande fluxo de imigrantes na capital se deve ao seu grande poder econômico na geração de empregos e na multiculturalidade espalhada pela cidade. Um movimento social das comunidades imigrantes contemporâneas iniciou, em 2014, uma série de debates que buscaram mobilizar a sociedade em busca dos direitos humanos imigrantes. Como resultado desse movimento, estudos acadêmicos paulistas começaram a investigar o atendimento ao parto de mulheres imigrantes (WALDMAN; MORALES, 2017).

Em sua tese, Yajahuanca (2015), realizou um estudo etnográfico, observando o atendimento hospitalar a mulheres bolivianas em uma maternidade de São Paulo e entrevistando outras dez bolivianas acerca de sua experiência de acolhimento, parto e puerpério hospitalar. A autora explica que na cultura boliviana o atendimento tradicional do parto se dá em casa, ao redor da família, porque isso alivia a dor, e com auxílio das parteiras e do marido (YAJAHUANCA, 2015).

Para as bolivianas, o calor também é fundamental no processo de parto. Elas consideram que o parto fácil está ligado com o corpo quente. Por isso a parturiente não deve ter contato com a água fria, nem tomar banhos, não deve expor

o seu corpo ao ar frio, nem a instrumentos cirúrgicos “frios”. Também, deve somente ingerir líquidos quentes durante o parto e o pós-parto (YAJAHUANCA, 2015).

Entre as posições de preferência para o parto estão a de quatro apoios, de cócoras, penduradas em uma corda ou de joelhos. Ainda, segundo a tradição boliviana, não se deve cortar o cordão até a saída da placenta, caso seja necessário, pode levar a morte da mãe. A placenta é importante, chamada de o “lugar de dormir ou cama do bebê”. Por isso a placenta deve ser enterrada em casa, em torno de preces para que nem mãe e bebê fiquem doentes (YAJAHUANCA, 2015).

Neste estudo, as bolivianas descreveram seus partos hospitalares como “feio”. Isso ocorre, pois desde o início da sua entrada na instituição, as mulheres perdem a sua autonomia, sua capacidade de comunicar e serem compreendidas, além da desvalorização de sua cultura tradicional. Ao entrar no hospital, as mulheres foram submetidas a práticas cotidianas da instituição, entre elas, o uso da camisola semi-aberta, que expõe seus corpos e causa constrangimento e medo da continuidade do parto. Além disso, as mulheres relataram que dentro da sala de parto elas se sentiram expostas e vulneráveis. Também tiveram dificuldade de compreender e participar na tomada de decisão sobre os procedimentos durante o parto (YAJAHUANCA, 2015).

A autora relata que em sua observação, presenciou partos com grande número de intervenções e partos com negligência e abandono. Em relação ao atendimento na sala de parto, todas as mulheres foram submetidas a posição litotômica. Para elas, a posição é uma destruição da autoconfiança, pois, as leva a sofrer passivamente práticas violentas durante o parto, prolongando a sua dor, e dificultando o nascimento dos bebês e suas placentas. Além disso, algumas mulheres que sofreram episiotomia não tiveram consentimento. Só descobriram enquanto o profissional suturava, pois o profissional atendente não soube comunicar o procedimento (YAJAHUANCA, 2015).

As imigrantes concluíram que é preciso ter “sorte”, em relação a quem vai atendê-las. A pesquisadora ainda relatou situações de constrangimento e

preconceito por parte dos profissionais, por exemplo, pela mulher não falar bem português. A maioria das participantes, também contaram que o processo do parto e nascimento foi cercado por medo. Medo de morrer, de seu bebê morrer e de passar a mesma experiência no parto dos próximos filhos (YAJAHUANCA, 2015).

A falta de informação e formação por parte dos profissionais, dificultou a experiência de parto e nascimento das mulheres bolivianas. O equilíbrio e a reciprocidade são dois princípios básicos para entender a cosmovisão andina e suas noções de saúde e doença, que se ampliam em relação aos seres humanos com a sociedade, natureza e o mundo mágico-religioso, âmbitos inseparáveis, que são parte de uma visão holística e integradora do mundo. Nesse contexto, para a saúde da mãe e do recém-nascido são importantes os cuidados relacionados ao corpo físico-biológico, como também os cuidados que os protegem de maus espíritos (YAJAHUANCA, 2015).

Um estudo paulista entrevistou membros da equipe multiprofissional do Hospital Maternidade de São Paulo, que atende mulheres imigrantes, sobretudo bolivianas. Os autores relataram que o discurso de cada profissional é diretamente ligado a visão que ele tem do processo de parto. Profissionais com referencial tecnocrático, tem dificuldade de compreender o contexto cultural e em considerar os aspectos emocionais e sociais que os cercam. Vários entrevistados fizeram uso do termo “submissa” e “submissão” ao se referirem a mulher boliviana, e para o autor isso indica o estigma de inferioridade e submissão do imigrante no Brasil. Isso dificulta ainda mais a comunicação do profissional a mulher boliviana e a compreensão de sua cultura. O estudo também identificou que a maioria das parturientes teve sua escolha pelo parto normal respeitada, contudo, questionou a qualidade do atendimento prestado (CASTRO; OLIVEIRA; CUSTÓDIO, 2015).

Em outra pesquisa, com enfermeiras obstetras e obstetrizes de São Paulo, que atendem parturientes imigrantes, foi evidenciado no discurso dos profissionais preconceito no atendimento da equipe multiprofissional nas maternidades. O atendimento a mulheres imigrantes é uma experiência difícil, por causa da complexidade das diferenças culturais. Porém, alguns profissionais relataram que

justamente pelas diferenças culturais e linguísticas de comunicação, o tempo gasto para o atendimento dessas mulheres era maior. Quanto mais tempo juntas, maior o vínculo e a proximidade. Dessa forma, a barreira da diversidade cultural, se torna ferramenta para uma melhor assistência (KURAMOTO, 2016).

O estudo mais recente sobre o atendimento ao parto de mulheres imigrantes no Brasil, descreve a experiência de mulheres Sírias em São Paulo. Os autores descreveram que as características sociodemográficas e religiosas de suas participantes tiveram influência direta sobre a via de parto. O encontro com os valores humanizados dos hospitais públicos gerou estranheza as parturientes em um primeiro momento, contudo, essas mulheres relataram como positivas o vivenciar do pele-a pele imediato ao parto e a presença do companheiro como acompanhante no nascimento (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

Práticas de violência obstétrica foram relatadas, como episiotomia e toques vaginais repetitivos. As puérperas sírias também relataram dificuldade em conseguir informações sobre circuncisão masculina do recém-nascido com a equipe multiprofissional. Nesse sentido as autoras relataram a dificuldade de comunicação entre as mulheres Sírias e os profissionais da assistência, associada ao desconhecimento cultural da população síria e diferença idiomática (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

As literaturas internacionais e nacionais mostram que a experiência de parto e nascimento de mulheres imigrantes ocorre de forma diversa e não linear. No campo da assistência barreiras parecem surgir dificultando o cuidado entre profissionais e parturientes, entre elas destaca-se: desigualdade no acesso aos serviços de saúde, dificuldade de comunicação, respeito e sensibilidade cultural.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa na História Oral Temática de Meihy e Holanda (2018) que se propõe a conhecer a experiência das mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento. Essa abordagem busca proporcionar espaço para que minorias culturais validem suas experiências de vida e relacionem valores culturais, dando sentido social e uma identidade comum (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Em uma sociedade individualizada e fragmentada, a história oral tem o desafio de construir uma identidade comum, uma unidade em um mundo globalizado. O vínculo de uma pessoa com as outras, ocorre através da conexão dos resultados de suas experiências. Articula-se assim as memórias de um “coletivo”, gerando identidade nesse grupo. Assim, a história oral é sempre social. Nesse sentido, a escolha da História Oral é pertinente a este estudo, pois favorece que minorias, como as mulheres imigrantes, encontrem espaço, voz e unidade. Ao validar suas experiências damos a elas, sentido social (MEIHY; HOLANDA, 2018).

A história oral é um método científico que contempla um conjunto de etapas, que são: a elaboração de um projeto de pesquisa; a escolha minuciosa do grupo de pessoas que serão entrevistadas; o planejamento e a condução das gravações; a transcrição e textualização do conteúdo gravado; a revisão do produto escrito; a conferência desse produto com os colaboradores; a autorização para uso de pesquisa; e a publicação dos resultados para os participantes e para a sociedade, respectivamente (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Dentre as modalidades da História Oral estão: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. A história oral de vida, é o aporte mais subjetivo da História Oral, pois se baseia na narrativa biográfica de um indivíduo, que pode constar tanto os fatos históricos, bem como fantasias e distorções. Já a história oral temática se aproxima das entrevistas tradicionais as pesquisas, que giram em torno de um tema que será pesquisado, além das narrativas coletadas. A tradição oral, por

sua vez, resgata o conhecimento existente no coletivo, através da tradição comunitária, rituais, mitologias e detalhes culturais (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Nesta pesquisa será abordada a história oral temática, pois esta é mais objetiva e parte de um tema preestabelecido durante o projeto, sendo útil para o conhecimento acadêmico (SANTOS; ARAÚJO, 2007). Mais detalhadamente, a história oral temática, parte do pressuposto que se investigarmos um grupo social, étnico, ou demográfico, haverá consenso de temas comuns, sob o qual aquela população deseja revelar. Este tema norteará o roteiro de entrevistas do pesquisador, já que seu objetivo é esclarecer situações conflitantes e desconhecidas a respeito do tema (MEIHY; HOLANDA, 2018).

A pesquisa, então, nasce por meio de um projeto que busca responder três situações: de quem, como e porquê. Com isso em mente, estabeleceremos a população estudada e o tema que ela traz. Em seguida realizamos entrevistas dentro de uma metodologia, a fim de obter narrativas dos colaboradores da pesquisa e devolvê-las a população que fala. Os relatos serão coletados até que haja saturação dos achados temáticos. As narrativas foram observadas concomitantemente com outros textos, sugerindo a forma híbrida da história oral (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Por fim, há análise dos achados visando responder o “porquê”. Análise das narrativas deve ser feita, pois sem ela, as entrevistas se tornariam apenas textos. Porém ao alinhá-las, esclareceremos aspectos subjetivos, e se encontram variantes comuns. Os achados deverão integrar uma análise de caráter social sobre o tema pré-estabelecido (MEIHY; HOLANDA, 2018).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na cidade de Curitiba, Capital do Paraná. Segundo o ACNUR, o Paraná é o terceiro maior estado receptor de refugiados no Brasil, concentrando cerca de 8% da população em 2017 (BRASIL, Ministério da Justiça, 2017).

A capital Curitiba está localizada no planalto paranaense de clima temperado, tendo uma população de quase dois milhões de habitantes. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é um dos melhores do Brasil, indicando melhor qualidade de vida para a população. A cidade é dividida em dez distritos de saúde, contendo 8 hospitais e 5 maternidades, que atendem o SUS.

A cidade conta com o Programa Mãe Curitibana desde 1999 qual busca promover atenção humanizada e segura às gestantes e puérperas do município. Com o propósito de melhorar o pré-natal, a experiência de parto e promover a consulta puerperal precoce, o programa conta com atendimento em unidades básicas de saúde, bem como em maternidades de risco habitual e alto risco (CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

A pesquisa ocorreu nas maternidades pertencentes ao Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC UFPR), que atendem gestantes de baixo risco, de médio e alto risco.

A Maternidade Victor Ferreira do Amaral é a mais antiga do Paraná, fundada em 1913. Após reforma, a maternidade voltou seu funcionamento em 2001 e desde então tem parceria com a Universidade Federal do Paraná. É uma maternidade de risco habitual, atendendo cerca de 300 partos mês e realiza outros procedimentos de baixo risco obstétricos, ginecológicos e de planejamento familiar. Sendo sua demanda 90% advinda do programa Mãe Curitibana (BRASIL, Ministério da Educação, 2014a).

A Maternidade Victor Ferreira do Amaral, atende diretamente a população através dos setores: Pronto Atendimento Obstétrico, Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Leitos de Internamento. O Alojamento Conjunto, recebe este nome, pois aloja mãe e recém-nascido, beneficiando o binômio no processo de amamentação e vínculo, diminuindo a cultura de separação através do berçário.

A sala de reuniões privativa é no mesmo andar, e geralmente utilizada para reuniões da equipe multiprofissional e pesquisa. Ela possui janelas arejadas, cadeiras, mesa e porta com tranca.

O CHC UFPR foi idealizado em 1948, com o intuito de ser um grande hospital geral que pudesse ser utilizado pelos estudantes de medicina da Universidade Federal do Paraná. Teve o seu término e inauguração em 05 de agosto de 1961. Atualmente o HC possui 60.473 mil metros quadrados de área construída, 261 consultórios e dispõe de 643 leitos distribuídos em 59 especialidades. É o maior prestador de serviços SUS do Paraná. Atualmente é dirigida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BRASIL, Ministério da Educação, 2014b).

O setor de Maternidade do Hospital é formado por Pronto Atendimento Obstétrico, Aconselhamento Genético, Consultórios de tocoginecologia e pré-natal de alto risco. Também conta com Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI Neonatal e Ginecologia (BRASIL, Ministério da Educação, 2014b).

O Centro Obstétrico passou por reforma recente, em 2018, apresentando vestiário, três leitos de internamento, quatro salas Pré-Parto/Parto/Puerpério (PPP), cinco salas cirúrgicas, seis leitos Recuperação Pós-anestésica (REPAI), uma sala de reanimação neonatal, além de sala administrativa e descanso dos funcionários. Os atendimentos se dão por equipe multiprofissional, sendo formada por: obstetras, residentes de obstetrícia, alunos de medicina, enfermeiras obstetras, enfermeira residente de obstetrícia e técnicos de enfermagem. Em média o HC atende cerca de 320 nascimentos por mês (BRASIL, Ministério da Educação, 2014b).

Os quartos são arejados e possuem cama e mesa auxiliar, além de berço móvel para o recém-nascido e banheiro comunitário. O setor ainda conta com uma sala privativa para discussão de casos clínicos e atendimento de psicologia.

4.3 COLABORADORES DO ESTUDO

Como parte da metodologia proposta pela História Oral Temática, a determinação dos sujeitos da pesquisa, os colaboradores, se faz através de um processo. A seleção dos colaboradores não acontece quando se está a entrevistar, mas deve ocorrer a partir de uma reflexão e estudo de “quem” quer-se escutar. Para

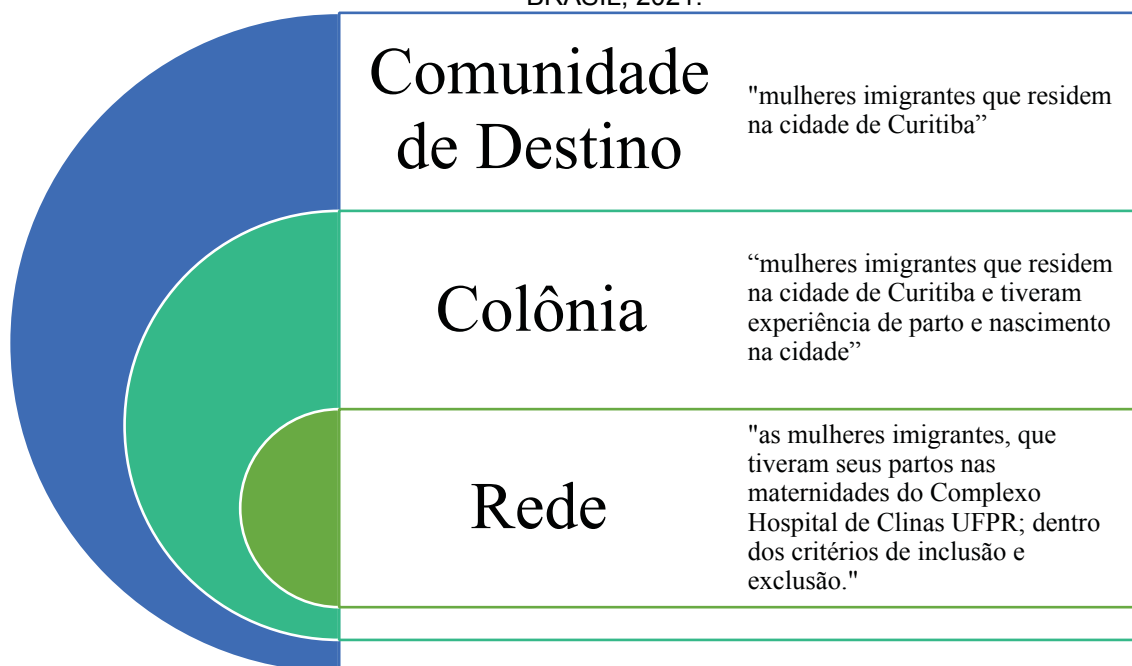
tal assertividade, foi necessário definir, primeiramente, a comunidade de destino, a colônia e rede (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

O conceito de “comunidade de destino” pode ser entendido como um grande grupo de pessoas, marcadas por “drama” ou uma vivência comum, que buscam uma solução, levando esse grupo a uma experiência comunitária. Atentamos para “drama” pois a tragédia une cidadãos na sua diversidade, e a repercussão delas é a origem das memórias comunitárias (MEIHY; HOLANDA, 2018). Assim, como comunidade de destino elegemos “mulheres imigrantes que residem na cidade de Curitiba”, entendendo que como grande grupo social, partilham dos mesmos dramas relacionados ao seu status antes, durante e pós refúgio, tão como eventos fisiológicos comum do ser “mulher”.

Já a colônia, direciona a população da comunidade de destino, selecionando um recorte desse grupo. Se fazem necessárias características comuns entre os participantes desse recorte, tão como, características peculiares que justificaram e enriquecerão a análise. Esse recorte pode ser de acordo com o gênero da população, faixa etária, procedência, ou outros aspectos semelhantes. Para tal selecionamos, como colônia: “mulheres imigrantes que residem na cidade de Curitiba e tiveram experiência de parto e nascimento na cidade”.

A rede de colaboradores, então, foi um recorte ainda mais específico da colônia e consequentemente, da comunidade de destino. É ideal que a rede seja plural, ou seja, composta por vários colaboradores que apesar de um ponto comum que os conecta, tenham realidades únicas. Para tal, tomamos como rede de colaboradores do projeto as mulheres que migraram para Curitiba, que tiveram a experiência de parto e nascimento na cidade, na sua diversidade de país de origem, religião, contexto familiar, via de parto, entre outros.

FIGURA 1 - COMUNIDADE DE DESTINO, COLÔNIA E COLABORADORES. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: Autora (2021).

Como parte dos critérios de inclusão de colaboradoras ao estudo, foram: as mulheres imigrantes, que tiveram seus partos na maternidade Victor Ferreira do Amaral e no CHC UFPR no ano de 2020; que tiveram seus bebês a termo, ou seja, entre 38 e 42 semanas de gestação, através de parto normal ou cirurgia cesárea, que estavam com seu recém-nascido em alojamento conjunto ou na UTI Neonatal, e que conseguissem se comunicar nas línguas: português, espanhol, inglês, francês e crioulo. Entre os critérios de exclusão foram: as participantes menores de 18 anos, sem acompanhante de maior idade legal; que tiveram a experiência de parto devido a óbito fetal; ou partos prematuros; as participantes cujo idioma escolhido não possui tradutor disponível entre a equipe de pesquisa.

Após o parecer positivo da Gerência em Enfermagem dos setores de Centro Cirúrgico Obstétrico e Alojamento Conjunto, a pesquisadora ligou nos serviços perguntando se havia alguma mulher imigrante internada e, posteriormente, ela verificou se a puérpera se encaixava nos critérios de inclusão da pesquisa.

No período do estudo, excluiu-se uma participante, cujo idioma crioulo falado, tinha um sotaque desconhecido da pesquisadora tradutora da pesquisa.

4.4 PAISES REPRESENTADOS PELAS COLABORADORAS

4.4.1 Haiti

Um dos principais grupos de imigrantes que residem no Brasil, a comunidade haitiana é representada nesse estudo por três das colaboradoras entrevistadas. O Haiti é um país que fica na América Central, num arquipélago de ilhas caribenhas, conhecido como Hispaniola, ou Ilha de São Domingos. A República do Haiti ocupa o terço ocidental da ilha, fazendo divisão com a República Dominicana (Figura 2) (BRITANNICA ESCOLA, 2021a).

FIGURA 2 - REPÚBLICA DO HAITI. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021



FONTE: <https://escola.britannica.com.br/artigo/Haiti/481445>.

Contudo, sua história política é tão conturbada quanto suas características naturais. A ONU, portanto, montou uma força militar denominada “Missão de Estabilização das Nações Unidas”, a fim de estabilizar politicamente o país e leva-lo a democracia. O Brasil, por sua vez, participou entre os anos de 2004 a 2017, do braço “missão de Paz da ONU no Haiti”. Infelizmente, a mesma tomou uma forma altamente militar intervencionista, controlada por outros países com interesse políticos, não trazendo a estabilidade outrora prometida ao Haiti (GELFEINSTEIN, 2021).

Em 2010, um terremoto assolou o Haiti em todas as suas esferas, colocando o país em profunda crise, entre elas, sanitária. Hospitais e clínicas que faziam parte do sistema de saúde daquele país foram severamente danificados ou destruídos quase em 60% (BRASIL, Centro Cultural do Ministério da Saúde, 2015).

Novamente, coube à ONU reunir representantes de mais de 30 países doadores para elaborar estratégias para o desenvolvimento social e econômico do Haiti. Com o auxílio internacional e de outras organizações humanitárias, como Médicos Sem Fronteiras (MSF), levantou-se recursos e profissionais para assistência no momento de crise (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2009).

Atualmente o Haiti tem cerca de 11,12 milhões de habitantes. O nível de desemprego é de 50%, e o de alfabetização é de 64% da população. A pobreza atinge 75% da população, sendo que 54% estão na faixa da pobreza extrema (INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 2011). Até hoje, o Haiti não consegue ser independente em prover à sua população uma assistência de saúde pública e acessível. Há problemas desde a esfera organizacional, administrativa, quanto da falta de pessoal, estrutura, equipamentos e recursos (INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 2011).

Diante desse quadro, o governo do Haiti, em parceria com os países Cuba, Brasil, e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/ONU), iniciaram um Acordo de Cooperação Tripartite. O objetivo foi fortalecer o sistema de saúde e vigilância epidemiológica,

através dos conhecimentos compartilhados dos Sistemas Universais de Saúde do Brasil e de Cuba (INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 2011; BRASIL, Centro Cultural do Ministério da Saúde, 2015).

O serviço de saúde pública continua não sendo gratuito, fazendo com que maior parte da população busque o atendimento gratuitos de organizações não-governamentais (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2020). Essa realidade forçou esses atendimentos humanitários ao seu limite, inclusive no setor obstétrico. Em um relatório do MSF, há o relato de que outras unidades encaminhavam pacientes para o Hospital Humanitário, de casos de partos simples a complicados, que requerem cesárias e, por isso, salas de operação que funcionavam 24 horas por dia (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2020).

O Haiti, apresenta o maior índice de mortalidade materna do continente americano. Estudos relacionam esse número, com a realidade do interior do país. As zonas rurais contam com a escassez de recursos materiais, falta de infra-estrutura de hospitais e clínicas, e pequeno número de profissionais de saúde capacitados para atender emergências. É comum, no interior do país, que multíparas tenham um pré-natal relapso por morarem longe dos grandes centros e partos domiciliares com as “matronas”, parteiras tradicionais. Também há relatos de partos violentos e intervencionistas dentro do cenário hospitalar (RAYMONDVILLE et al., 2020).

4.4.2 Tunísia

Uma colaboradora da pesquisa se declarou tunisiana, nacionalidade incomum no contexto local, porém representa não só o seu país, mas também sua origem muçulmana.

A Tunísia é um país localizado ao norte da África, cercada pelo Mar Mediterrâneo ao norte, e faz fronteira com Argélia a oeste e Líbia ao leste. O país também é próximo, cerca de 160 quilômetros, de Sicília, uma ilha da Itália (BRITANNICA ESCOLA, 2021b).

FIGURA 3 - REPÚBLICA DA TUNÍSIA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: <https://escola.britannica.com.br/artigo/Tun%C3%ADsia/482721>.

Sua população atual é de quase 11,57 milhões e a maior parte dos tunisianos se declara árabe. A língua principal é o árabe, mas muitas pessoas também falam francês (BRITANNICA ESCOLA, 2021b).

A instabilidade do cenário político, pela falta de governança nos últimos anos, agravou a desigualdade social e regional da população a serviços essenciais, como a saúde. O direito a saúde é previsto em Constituição desde a reforma pós-independência, em 1959. Porém a população ainda enfrenta dificuldades de acesso a um serviço de qualidade (FGAIER, 2018).

O atendimento público em hospitais, clínicas e consultórios médicos é sempre pago. Há a disponibilidade de alta tecnologia em clinicas particulares, concentradas nas principais cidades. Em contraste, no interior, há poucos profissionais e locais de atendimento, seja público ou privado. Assim, organizações humanitárias possuem hospitais de campanha para atender a população em todos os níveis (BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, 2021).

Desde 2004, houve uma reforma nas empresas de seguro saúde. A fusão das duas principais companhias do país, fundou a “Caisse Nationale d’Assurance

Maladie CNAM”, responsável pelos atendimentos da maior parte da população (FGAIER, 2018).

Uma pesquisa nacional, indicou que 54% dos tunisianos não estão satisfeitos com o atendimento de saúde padrão oferecido aos cidadãos. Desses 79% vivem no sudeste do país, e 42% no centro. Dentre as principais queixas estão: demora para conseguir intervenção cirúrgica e desrespeito por parte da equipe de saúde (FGAIER, 2018).

A mesma queixa parece existir no atendimento ao parto e nascimento. Apesar de poucos estudos pesquisarem a qualidade do atendimento ao parto na Tunísia, esses estudos parecem unânimes ao apontar a baixa qualidade no cuidado materno, como inadequação da classificação de risco pré-natal, atrasos para tratamentos e dificuldade no acompanhamento pós parto. Além disso, o sistema de saúde parece refletir a estigma cultural que minorias enfrentam no país pelo conservadorismo religioso. Práticas abusivas vivenciadas por mulheres solteiras, durante o seu parto, incluem negligência, discriminação física e violência verbal (AMROUSSIA et al., 2017).

4.3.1.3 Venezuela

Venezuelanos tem sido o maior grupo de refugiados no Brasil, representados por três colaboradoras na pesquisa.

Venezuela é um país localizado no norte da América do Sul, que faz fronteira com Colômbia, Brasil e Guiana. Algumas ilhotas do mar do Caribe pertencem Venezuela, mas o país também é banhado pelo oceano Atlântico (BRITANNICA ESCOLA, 2021c).

FIGURA 4 - REPÚBLICA DA VENEZUELA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021.



FONTE: <https://escola.britannica.com.br/artigo/Venezuela/482781>.

Atualmente, a Venezuela possui 28,87 milhões de habitantes. No relatório de 2017, o governo revelou um aumento de 65% da mortalidade materna e 30% da mortalidade infantil. Também relataram a volta de doenças infecciosas outrora eliminadas, como difteria e malária. Faltam medicamentos para doenças crônicas e pacientes são obrigados a providenciar seu próprio material cirúrgico para realizar um procedimento (VILLALBA, 2018). Gestantes e parturientes não se sentem seguras no país, fazendo com que muitas imigrem para o Brasil e Colômbia em busca de atendimento pré-natal e um parto seguro (UNITED NATIONS, 2019).

Para além da crise atual, o sistema obstétrico venezuelano já há décadas é reconhecido como médico-centrado e hospitalocêntrico. O governo disponibiliza apenas atendimento de parto nos hospitais, através de médicos, enfermeiros e alunos das respectivas áreas. Cidades grandes são privilegiadas com mais estabelecimentos, porém em condições desumanas, com falta de eletricidade e água (VILLALBA, 2018; UNITED NATIONS, 2019).

Além disso, a Venezuela foi o primeiro país da América Latina a reconhecer o termo violência obstétrica, em 2007. Ainda hoje, profissionais encontram dificuldade em praticar e ensinar um atendimento individualizado e binômio centrada (D'GREGORIO, 2010).

Auxílio humanitário tem sido oferecido pela WHO, porém o governo nega aceitar ajuda. A falta de estrutura, medicamentos e recursos essenciais, como água, tem feito do país um dos mais perigosos de se parir (VILLALBA, 2018; UNITED NATIONS, 2019).

4.5 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas em três etapas, como sugerido por Meihy e Holanda (2018). A primeira etapa, chamada pré-entrevista, se dá no primeiro contato com o colaborador. O primeiro encontro com as colaboradoras ocorreu durante o período puerperal de internação, isto é, após 48 horas do nascimento e antes da alta hospitalar. Coube a pesquisadora apresentar a pesquisa as puérperas imigrantes na Maternidade Victor Ferreira do Amaral ou no CHC UFPR. Após o interesse positivo das colaboradoras na participação da pesquisa, foi marcado horário e local para a realização das entrevistas, bem como explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As que aceitaram participar da pesquisa, também foram coletados dados de identificação e contato, como apresentados no APÊNDICE 1. Como já mencionado anteriormente, a pré-entrevista com as colaboradoras foi realizada na enfermaria de alojamento conjunto, durante a internação puerperal.

Na segunda etapa ocorreram as entrevistas propriamente ditas. Atentou-se que ocorressem em uma sala privativa dentro das maternidades, ou em outro ambiente do hospital que garantisse privacidade, no dia e hora marcado com o colaborador. O entrevistador foi a própria pesquisadora. Esta iniciou as entrevistas se apresentando, explicando os objetivos da pesquisa e lendo o TCLE, e coletando assinaturas em duas vias, no qual uma ficou de posse das colaboradoras e a outra com a pesquisadora (APÊNDICE 3).

As entrevistas foram semiestruturadas, colaborando com o caráter mais objetivo da História Oral Temática (MEIHY; RIBEIRO, 2011), em conhecer a experiência sobre um tema previamente estabelecido. Foi feita uma pergunta: *“Conte-me como foi a sua experiência do seu parto nesta maternidade”*, e um roteiro com perguntas complementares que auxiliaram no processo de resposta, quando necessário (APÊNDICE 2). As entrevistas foram gravadas em áudio com um gravador, sendo que no início da gravação foi registrado número da colaboradora; título da pesquisa; local, hora e data; data de parto e via de parto. As entrevistas ocorreram em português, espanhol, inglês, francês e crioulo.

O pesquisador também fez uso de um caderno de campo. Nele se encontram informações sobre o andamento do projeto, datas de encontro com colaboradores, e anotações do que se foi percebido durante as entrevistas. Em suas páginas foram documentadas impressões do pesquisador, questionamentos dele, porém não permitindo que ele se desvie do objetivo final da pesquisa (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Por fim dessa etapa, os colaboradores foram convidados a permanecerem em contato, a fim de receberem o seu relato após a versão final do texto. Para tal foram preenchidas as informações faltantes do APÊNDICE 1. Esse retorno às colaboradoras é de caráter essencial dentro da História Oral, pois a sua fidedignidade reside no fato do próprio colaborador rever o texto, apontar enganos ou distorções do seu relato. A sua aprovação do texto é documentada através da carta de cessão (APÊNDICE 4), na qual os colaboradores permitiram que os textos de suas narrativas façam parte do estudo (MEIHY; HOLANDA, 2018).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para Meihy e Holanda (2018), a análise dos dados denomina-se de momento pós entrevista. Este é um momento não somente de transcrição e análise do conteúdo escrito. Fragmentar os achados é como ouvir notas isoladas emitidas por um instrumento musical. Sozinhas não compõe uma melodia. Assim ao fazer uso da História Oral Híbrida, se relacionou uma série de achados no caderno de campo,

que se entrelaçam às histórias coletadas e nos permitem ouvir com maior clareza, a profundidade do que foi dito pelos colaboradores.

O caderno de campo foi de uso exclusivo da pesquisadora, tendo anotações escritas por ele de próprio punho. A pesquisadora separou uma folha por colaboradora para anotar as suas impressões e informações relevantes após as entrevistas, e anotou detalhes sobre o ambiente da entrevista, aparência e humor das colaboradoras, e informações compartilhadas fora do momento da entrevista. Anexas a cada folha do caderno de campo estava o ANEXO 1, contendo informações gerais sobre idade da puérpera, país de origem, idioma falado, local de pré-natal, número de gestações anteriores, idade gestacional, via de parto da colaboradora, coletadas previamente com o auxílio do prontuário da paciente. Foram usadas ao todo sete páginas do caderno de campo.

Além do caderno de campo, foi realizada uma pesquisa geral sobre os países representados pelas colaboradoras. Meihy e Holanda (2018) sugerem que se possível saiba da biografia do entrevistado, ou que se conheça a história que envolve o entrevistado, a fim de que o entrevistador esteja com os sentidos aguçados para ouvir e analisar o conteúdo entrevistado.

Em relação as etapas que nos permitiram transformar a entrevista em uma narrativa histórica, os autores de referência nomeiam três momentos: transcrição absoluta, textualização e transcrição (MEIHY; HOLANDA, 2018).

A transcrição absoluta é a passagem do conteúdo gravado para o escrito, respeitando em sua totalidade. Nesta fase, manteve-se as perguntas e respostas, com suas pausas, vícios de linguagem, erros de concordância, erro de pronúncia, palavras estrangeiras, ruídos e repetições. Ao fim dela, cada texto redigido, foi verificado a total compatibilidade com o áudio gravado (MEIHY; HOLANDA, 2018). Ao todo, foram gravados 66 minutos e 81 segundos de áudio, derivados das entrevistas. Estas, quando transcritas resultaram em 19 páginas de texto transcrito.

As colaboradoras que relataram sua experiência em crioulo, tiveram sua entrevista transcrita por uma aluna Haitiana da graduação em enfermagem da UFPR. Um dos relatos em espanhol, foi traduzido por uma aluna do programa de

pós-graduação, membro do grupo de pesquisa, na qual este projeto faz parte. Os demais relatos foram traduzidos pela pesquisadora.

Em seguida, realizou-se a textualização. Nela as perguntas foram retiradas, bem como ruídos e sons externos, e erros gramaticais reparados, a fim de tornar o texto mais fluido. Assim o pesquisador, tem a possibilidade de vislumbrar a entrevista como um texto só, uma narrativa principiante. Neste momento, pode-se elencar, uma frase da entrevista que represente a essência do que foi dito por aquele colaborador, e é chamada de “tom vital”. Com este Tom Vital o pesquisador tem um “norte” do que pode ser eliminado ou não do texto (MEIHY; HOLANDA, 2018). Nesta pesquisa, sete tons vitais foram selecionados, para seus respectivos colaboradores

Na fase final, de transcrição, as entrevistas chegaram ao ápice de sua transformação. Esta não permite que percamos a intensão original das colaboradoras, ao contrário, nos permite organizar o texto, para que sua ideia principal seja compreendida. Organizadas de forma elaborada, na forma de narrativa e sem erros gramaticais, as ideias formam uma história. No final deste processo, os colaboradores receberam suas narrativas, em português, e a avaliaram. Correções poderiam ser realizadas quantas vezes fossem necessárias, a fim de que se reflita o conteúdo pleno da entrevista relatada (MEIHY; HOLANDA, 2018).

Para isso a pesquisadora contatou as colaboradoras por correio eletrônico e por telefone, num primeiro momento conforme combinado no dia da entrevista. Em seguida, enviou para cada colaboradora o texto transcrito e aguardou respostas positivas e ou de correção. Num terceiro momento, com a versão final aprovada, a pesquisadora recebeu a carta de cessão eletronicamente ou se dirigiu até o local de escolha da colaboradora para recolher a sua carta de cessão (APÊNDICE 4) (MEIHY; RIBEIRO, 2011). Os textos em suas versões finais, renderam 13 páginas.

A análise posterior foi realizada em cima dos temas relevantes, extraídos das narrativas transcritas. Meihy e Holanda (2018), indicam que entrevistas isoladas não falam por si, são apenas textos ao acaso. É necessário um processo de análise, que alinhe os relatos e promovam uma intercessão entre eles. A

constatação de “pontos de união” internos, permite ao pesquisador visualizar a dimensão social do contexto que os cerca. Estes “pontos de união”, os autores chamam de temas relevantes.

Para extrair os temas relevantes, uma leitura minuciosa de cada entrevista foi realizada, revendo todo o processo. Em seguida uma nova leitura ocorreu, dessa vez com o olhar amplo, visualizando o que o conjunto de narrativas disse sobre o processo de parto e nascimento de mulheres imigrantes. Somente num terceiro momento, após uma nova leitura, extraiu-se os temas relevantes do estudo. Estes foram: As surpresas e sentimentos durante o processo de parto; e o cuidado percebido pelas mulheres e as memórias de experiências no país de origem.

4.7 ASPECTO ÉTICOS

O projeto de pesquisa e o recrutamento dos colaboradores foi aprovado pelo Departamento de Pesquisa do CHC UFPR, pelo Colegiado da Maternidade Victor Ferreira do Amaral e do Departamento de Tocoginecologia da UFPR (ANEXO A e B).

O estudo também foi aprovado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, via Plataforma Brasil, sob o parecer de aprovação nº 3.793.262.

Os colaboradores tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no APÊNDICE 3 - lido e explanado, e assinaram o mesmo em duas vias, ficando uma em posse da colaboradora. Os aspectos éticos da resolução nº 466/2012 foram seguidos, e os colaboradores foram orientados sobre a possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa. Nos relatos aqui apresentados, o anonimato das colaboradoras foi garantido pela identificação de cada uma delas por um nome fantasia, uma cidade do país que ela provém.

Os dados obtidos na pesquisa, ficam arquivados sob domínio dos pesquisadores envolvidos até a finalização da pesquisa e envio de relatórios ao Comitê de Ética e submissão de publicações originárias da dissertação.

5 RESULTADOS

A construção do saber por meio das histórias de um grupo indivíduos, parte do ponto de reconhecer aquilo que os vincula, entender o cenário de onde vem e onde estão e interligar esses muitos pontos a sua narrativa, e as narrativas do coletivo (MEIHY; HOLANDA, 2018)

Assim, esse item foi organizado, de forma que o leitor conheça os colaboradores, suas realidades singulares e presentes. Em seguida, apresenta-se os países representados, para compreender o contexto geral de onde vem os colaboradores. Por fim, estão apresentados os temas relevantes e as discussões advindas deles.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS

O grupo de colaboradores desta pesquisa foram sete mulheres imigrantes, que relataram a sua experiência de parto e nascimento. As colaboradoras foram mulheres provenientes da Venezuela, Haiti e Tunísia, o período de residência no Brasil variou de três meses a mais de quatro anos. As mulheres tinham idade entre 30 e 38 anos, seis eram casadas, quatro com pelo menos o nível de escolaridade de segundo grau completo. No que diz respeito a paridade, duas eram primíparas e cinco multíparas, e a principal via de nascimento atual foi cirúrgica.

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS COLABORADORAS DA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2021.

Colaborador	Caracas	Carrefour	Porto Príncipe	Tunes	Maracaibo	Valência	Delmas
País	Venezuela	Haiti	Haiti	Tunísia	Venezuela	Venezuela	Haiti
Tempo no Brasil (anos)	<1	<4	<4	>1	<1	>1	<4
Idade (anos)	30	38	34	38	31	30	30
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada
Escolaridade	Superior completo	2º grau completo	-	-	Superior completo	2º grau completo	2º grau completo
Pariedade	G1	G2P1C1	G1	G7C3A4	G3P1C1A1	G2C2	G2P1C1
Via de parto	normal	cesárea	cesárea	cesárea	cesárea	cesárea	cesárea

FONTE: Autora (2021).

5.2 NARRATIVAS

5.2.1 Caracas: entrevista dia 13 de março de 2020.

Mulher primigesta, 30 anos, proveniente da Venezuela há pouco mais de um ano, possui ensino técnico superior em informática, desempregada. Relata que veio para o Brasil devido a situação econômica de seu país. Realizou todo o pré-natal na rede básica, com mais de dez consultas. Parto ocorreu no dia 11 de março, às 23:30 por via vaginal, atendida por obstetra do plantão.

Entrevista aconteceu em uma sala privativa da maternidade, separada para orientação de aleitamento materno. O dia estava ensolarado, as janelas abertas e o ambiente silencioso. Mulher estava acompanhada do marido, que se retirou da entrevista com o recém-nascido, a pedido da puérpera. Puérpera aparentava estar tranquila em todo o momento, tinha acabado de sair do banho e se preparava para sair de alta. Ficou visivelmente feliz e relaxada quando falei que o relato poderia ser em espanhol.

Tom Vital: “Todos me trataram bem e ficaram preocupados com o que acontecia comigo e com o bebê”.

Narrativa: *Esse foi meu primeiro parto e eu não sabia como seria. As dores foram muito fortes, mas eu pensava que seria pior. Quando o bebê nasceu, foi um momento inesquecível, e, quando a gente tem o bebê no colo, as dores são esquecidas.*

Na terça, às 8:30 da manhã, eu cheguei a Maternidade para consulta, já que tinha 40 semanas e 5 dias. Ao chegar mediram a minha pressão e a temperatura. Depois, fui atendida pela médica e dois estudantes, que verificaram que eu tinha três centímetros de dilatação. Eles me encaminharam para fazer uma ecografia, onde foi visto que eu estava eliminando um pouco de líquido amniótico, e me falaram que a quantidade do líquido estava baixa. Nesse momento a doutora, junto com outros médicos, fizeram uma reunião para decidir se eu ficava no hospital.

Resolveram me internar para induzir o parto. Perto das seis da tarde começaram a minha indução. Eu tive que aguardar o medicamento fazer efeito. Quando as contrações começaram eu pensei que eu ia morrer. Me senti muito mal. Eu desmaiei, vomitei, me senti maluca, estava com um sangramento abundante e até quando eu tomava banho, as enfermeiras ficavam de olho, para que não acontecesse nada de errado comigo. Teve um momento em que eu ficava virando os olhos, em seguida fui melhorando. Eu não pensei que as dores fossem tão fortes, mas, depois que o bebê nasce, a gente esquece tudo.

As médicas, as enfermeiras, os estudantes ficavam perto de mim, preocupados comigo e me ajudando no processo. Todos me trataram bem e ficaram preocupados com o que acontecia comigo e com o bebê. Alguns dias senti dificuldade com a língua, mas a equipe sempre tentava entender o que eu falava.

Minha menina nasceu de parto normal às 11:53 da noite e pesou 3.240 gramas. Depois do parto eu ainda me senti um pouco mal, mas as enfermeiras e a médica passavam no meu quarto para ver como eu estava. E eu fiquei bem. Estou animada e graças a Deus estou indo para casa hoje.

5.2.2. Carrefour: entrevista dia 14 de março de 2020.

Mulher com duas gestações anteriores, sendo um nascimento anterior e a cesariana atual, 38 anos, proveniente do Haiti, segundo grau completo, trabalha como auxiliar de cozinha. Realizou pré-natal na rede básica de saúde. O nascimento ocorreu dia 11 de março, por cesariana, devido alteração no exame de cardiotocografia.

Entrevista ocorreu na sala de acolhimento para aleitamento materno, totalmente privativo. Puérpera foi acompanhada do recém-nascido. Visivelmente não falava bem português, o que dificultou a entrevista no momento. Foi oferecido para a participante falar na língua materna. Mulher aparentava tranquila e animada com alta esperada para aquele dia. Relatou preocupação com uma colega de quarto Haitiana que ficaria mais tempo internada e que não falava português. Entrevista foi traduzida por uma aluna de graduação proveniente do Haiti.

Tom Vital: “eu não tenho nada mal para falar deles, porque, o que eu não esperava, eles conseguiram fazer. Enfim, está tudo certo”.

Narrativa: *Cheguei ao hospital na terça feira 11 de março. Eu não vim para fazer a cirurgia, mas vim esperando o parto normal. Depois eu tive dor e estava com dificuldade na passagem do nenê. Eu vim para cá, mas não tinha passagem. Eles me fizeram a cirurgia urgente. Depois disso, estava tudo certo. Meu parto foi bom. Eles me trataram bem, eu fui bem atendida. Tinha outras haitianas dentro da sala (de parto). Eles (equipe multiprofissional) me deram a comida na hora e também remédio. Eu não tenho nada para reclamar deles.*

Hoje estou alegre, eu deixei a minha casa há três dias e hoje vou voltar, eu tive alta. Até agora eu não tenho nada mal para falar deles, porque, eu não esperava que eles conseguiram fazer. Enfim, está tudo certo.

Meu outro parto foi normal, em um hospital no Haiti. Mas achei o parto aqui melhor, porque não tem que pagar nada. Tudo é de graça, e está bem confortável.

5.2.3. Porto Príncipe: entrevista dia 14 de março de 2021.

Mulher primigesta, 34 anos, proveniente do Haiti, está há 4 anos no país, desempregada. Realizou pré-natal na rede básica de saúde. O nascimento ocorreu dia 11 de março, via cesariana por mecônio em aminiorrexe (perda de líquido amniótico) e provável sofrimento fetal.

Entrevista ocorreu nas dependências da maternidade, no segundo andar, em bancos afastados. Sentamos em roda eu (pesquisadora), a participante com recém-nascido, e o marido. Colaboradora falava português com alguma dificuldade, mas escolheu realizar a entrevista nesse idioma, com auxílio do marido. Expliquei os termos para a participação do marido durante a entrevista como tradutor e está sentiu-se bem segura de sua presença.

No caderno de campo pude anotar que eles residem no Brasil há quatro anos, e que vieram para o país em busca de melhores condições socioeconômicas. Seu marido realizou curso técnico em química e atualmente trabalhava na área. Eles tinham planos para que ele iniciasse algum curso superior nos próximos anos. Colaboradora disse que gostaria de ficar em casa e cuidar do filho, e talvez no futuro fazer um curso superior também.

Tom Vital: “Fui sofrendo, sofrendo, sofrendo, até o outro dia. Foi sofrido”.

Narrativa: *O parto foi bem, mas eu não consegui fazer o parto normal. Precisou ser cesárea. Mas eu gosto daqui, do médico e da enfermeira. As enfermeiras, me trataram muito bem. Na segunda feira, eu vim para cá porque tinha muita dor. Mas quando a médica me examinou, ela falou que eu estava com um centímetro de dilatação e me disse para voltar na minha casa. Meu marido falou “como ela pode voltar para a sua casa? Ela tem muita dor”. A médica explicou que eu só estava com um centímetro de dilatação, e que eu tinha que voltar para casa.*

Eu não gostei disso, porque eu ia sair da maternidade com dor. Então eu decidi ficar na maternidade esperando. Eu passei a noite aqui, e quando era próximo das 12 horas da manhã eu falei com meu esposo para voltarmos para casa. Ele (esposo) não queria que eu voltasse, mas aqui ninguém estava me atendendo, e eu estava sofrendo. Ninguém me falava nada, ninguém me dizia nada. Meu marido então, entendeu, chamou um Uber, e voltamos para casa. Lá, eu ainda estava com muita dor, e a dor aumentou. Eu não conseguia dormir e passei a noite toda acordada. Fui sofrendo, sofrendo, sofrendo, até o outro dia. Foi sofrido. No dia seguinte, na terça feira, eu voltei para o hospital. A medica que me atendeu era outra. Ela me examinou e disse que eu estava com cinco centímetros de dilatação. Logo depois que ela me examinou veio outro médico e me examinou também, e também viu que eu estava com cinco centímetros. A medica então escreveu um papel procurando vaga para mim nessa maternidade. E achou. Agora eu poderia internar para fazer o parto. Ela (médica) me deu os papéis do internamento, meu marido assinou e depois me mandou para o centro obstétrico, no andar de cima.

Lá em cima estava tudo certo. O problema é que eu continuava com muita dor. Eu tentei fazer o parto normal, mas eu estava com muita, muita dor. Eu fiz tudo, tudo... o médico fez tudo, mas não posso parir o bebê. O médico então me examinou. A cabeça do bebê estava quase saindo. Mas ele viu que o bebê fez coco dentro da minha barriga. Então ela chamou outro médico, que disse que não dava para fazer o parto normal. E... (pausa) teria que ir rápido para a cesárea.

Eu estava com muito medo quando eu ouvi isso, porque eu vi e embaixo de mim o coco que o bebê fez na minha barriga. Estava com medo. Mas eles fizeram a cesárea e graças a Deus, deu tudo certo.

Hoje estou me sentindo feliz, estou feliz. Eu não estava feliz quando a outra médica me fez um toque e falou que eu estava com um centímetro de

dilatação. Aquilo não me fez bem. Mas a maneira como me trataram no dia seguinte, quando eu voltei, e a preocupação deles (equipe) comigo me fez melhor. Agora estou feliz. Foi um parto bom, muito bom.

5.2.4. Tunes: entrevista dia 15 de março de 2020

Mulher múltípara, 38 anos, natural do Marrocos, mas mora na Tunísia. Veio ao país com visto de turismo para ter o bebê pelo SUS. Esta é a segunda vez que ela tem uma experiência de nascimento no Brasil. Marido tem um sócio no Brasil, assim eles ficaram sabendo da universalidade do SUS. Realizou pré-natal particular na Tunísia e no último trimestre na rede básica de saúde. O nascimento ocorreu dia 12 de março, via cesariana por iteratividade.

No primeiro encontro com a puérpera ela estava tensa e consegui compreender que não podia conversar com ninguém na ausência do marido, pelos seus costumes. Com a sua permissão voltei no dia seguinte, no horário que o marido estava e ambos aceitaram que ela participasse da pesquisa. A entrevista ocorreu na sala de aleitamento materno da MVFA, em ambiente privativo. A puérpera estava sem o marido, mas relaxada. Ela falava francês e um pouco de inglês, escolheu o idioma francês para realizar a entrevista.

Após a entrevista, ela relatou preocupação com as condições físicas da maternidade. Relatou também preocupação com o provável fechamento das escolas (pelo início da pandemia de Covid-19) e a possibilidade de ficar sobrecarregada com os cuidados do bebê e das demais crianças.

Tom Vital: “Fiquei triste, eu tive medo com a palavra do doutor falando dos riscos da terceira cesariana.”

Narrativa: *Eu vim aqui na quinta e perguntei ao doutor do pré-natal se eu poderia voltar na segunda para fazer a cesárea. Seria a minha terceira cesariana, e ele afirmou que estava tudo bem sem problema. Conto isso porque eu deveria vir na sexta, por estar completando as 39 semanas. Mas perguntei se poderia vir na segunda, porque segunda minhas crianças estão na escola. Terça e quarta estariam também. Eu prefiro no começo da semana por estarem na escola, assim fico mais tranquila.*

Naquela noite, na minha casa, eu tive dores e percebi que não poderia esperar até segunda (risos). Eu voltei na sexta-feira mesmo, quatro ou cinco horas da manhã. Mas foi uma pena eu não poder fazer o parto normal.

Então cinco da manhã, eu estava com muita dor e ele (médico) me passou uma medicação para dor. Mas a medicação não aliviou nada. Então ele passou outra mais forte e foi melhorando um pouco. Duas ou três horas depois disso, a dor voltou forte como no início. Eu fiquei aqui até às 4h da tarde. O médico que me atendeu disse que não tinha vaga no hospital. Ele me ofereceu o endereço de outra maternidade, mas eu não quis. Eu escolhi este hospital porque escutei dizer que ele é melhor que os outros. Ele assentiu, mas avisou que eu teria que esperar uma vaga para mim aqui.

Quando me internaram o médico veio conversar comigo. Eu tive medo, muito medo. O doutor que me atendeu disse que seria terceira cesárea, e que não seria fácil. Poderia ser perigoso. Nessa hora eu fiz muitas perguntas, perguntei se havia outra possibilidade, e ele disse que sim: fazer um parto natural. Mas eu estava com medo e disse que o parto natural tinha mais risco, porque eu já tinha duas cesarianas. É impossível que eu tenha um parto natural, o útero está fechado. Ele discordou, não entendi as suas razões, mas cada um tem a sua maneira de ver. Fiquei triste, eu tive medo com a palavra do doutor falando dos riscos da terceira cesariana. Mas na Tunísia, por exemplo, falei com meu doutor antes de vir para cá, e ele me disse não, não há problemas para quatro, cinco, ou seis cesarianas, é normal. A medicina está avançada, não está atrasada, ou seja, sempre se encontra uma solução. Mas aqui o doutor me disse que era perigoso.

Eu esperei o momento da operação então. Ele (médico) mesmo fez a operação. Tive medo quando vi tantos jovens com ele. Eu vi cinco ou seis com o doutor. Antes mesmo dele chegar vi os jovens e perguntei, se são eles que vão fazer a operação?! Ele me disse sim. Pensei que eu ia morrer! Por se tratar de jovens. Não vejo jovens fazendo operações assim, normalmente tem um chefe. Ele me disse que o chefe estaria junto com ele. Mas o que eu percebo que nos hospitais tem muitos estudantes. Cada operação, cada consulta eles entram com o chefe.

Eu não posso fazer a comparação entre todos os hospitais. Cada país tem suas leis e sua maneira de lidar com os pacientes. Por isso não posso julgar este hospital com outro hospital. Aqui este hospital é muito bom! No meu país com dinheiro, pagando eu poderia fazer uma cesariana numa clínica bem melhor. Tem diferenças entre São Paulo e aqui (teve um dos filhos em São Paulo), mas como disse desde a primeira vez, não posso julgar, cada país tem suas leis, seus direitos na maneira de trabalhar. Mas os médicos aqui no meu quarto, explicam bem, falam a língua Portuguesa devagar para eu compreender bem, por eu ser estrangeira e perguntam se eu entendi. Na verdade, os enfermeiros e os doutores têm um bom caráter!

Agora está tudo bem, tudo está bem! Mesmo com as dores, eu tenho ele (bebê). Quando vejo meu menino, com saúde, bonito, tudo se passa bem!

5.2.5. Maracaibo: entrevista dia 18 de novembro de 2020

Mulher multípara, 31 anos, proveniente da Venezuela, segundo grau completo, tem curso técnico em enfermagem no país de origem, sem validação no Brasil. Atualmente trabalha em salão de beleza. Pré-natal ocorreu na rede básica de saúde, com início tardio, após o primeiro trimestre. O nascimento ocorreu no dia 15

de novembro, por cesariana, devido a pressão arterial estar elevada e bradicardia fetal. O recém-nascido não nasceu bem, segundo a colaboradora, e ainda estava internado em fototerapia.

A puérpera estava em quarto de fototerapia, sozinha, tranquila e confortável. Assim pediu que a entrevista se realizasse lá. Este dia estava chuvoso, e o ambiente escurecido do quarto deixava o ambiente bem acolhedor.

Colaboradora relata separação do companheiro, após a descoberta da gestação. Ela morava com ele no norte do país, e ele pediu que ela abortasse o feto. Na tentativa de fugir da pressão que ele fazia, ela veio ao sul do país com o filho mais velho, de dez anos. Relata que a sua mãe e outros parentes ainda moram no Norte. Apesar de sozinha, demonstra-se positiva pelo acolhimento dos chefes, que estão cuidando de seu filho mais velho.

Tom Vital: “Eu estava preparada para outra coisa e quando eles avisaram pra mim, e eu falei que não queria cesariana”.

Narrativa: *Eu não vim para cá (hospital) para ganhar neném. Eu tinha três dias passando mal em casa, estava muito inchada. Como eu também sou formada em enfermagem, só que no meu país, eu sabia que poderia ser a pressão. Eu medi a pressão em casa, estava bem alta. Esperei alguns dias para procurar ajuda, porque não tenho uma boa experiência do meu país. Lá quando a mulher vai sofrendo para o hospital, é muito judiada. Então eu preferi esperar até o último momento para vir. Cheguei aqui (hospital) só para estabilizar minha pressão. Quando eu cheguei aqui nunca imaginei que, que iria ganhar neném. Eu sempre quis ter o bebê de parto normal. Foi uma surpresa. Eu não estava preparada para ganhar ela agora. Mas graças aos médicos daqui ela veio.*

Os médicos resolveram monitorar os batimentos cardíacos dela. Mas acharam que ela não estava muito bem. Então foi tudo muito rápido. Não deu 5 minutos já estava em cirurgia. Minha acompanhante não entrou comigo, porque quando eu cheguei, eu ia fazer só uma rotina de pré eclampsia. Eles falaram que a rotina iria demorar quase 3 horas. Então eu falei para minha chefe ir comer alguma coisa. Quando ela estava indo para casa, eu mandei uma mensagem pedindo para ela voltar porque a rotina de pré-eclampsia não ia acontecer e estava entrando na cesárea.

Eu me senti bem atendida, mas foi uma surpresa, porque até o final eu queria ganhar ela normal. Quando eles me falaram que teriam que fazer uma cesariana porque o bebê podia estar com sofrimento fetal. Eu não acreditei. Até chorei, porque não era o que eu queria. Mas entendi, e eles me acalmaram. Eu tive medo, porque eu não queria cirurgia. Eu estava preparada para outra coisa e quando eles me avisaram, eu falei que não

queria cesariana. Mas não tinha jeito. Não puderam esperar porque o batimento dela estava bem fraquinho. Foi tudo muito rápido. Acho que não deu, nem 20 minutos. Eu cheguei aqui já era mais de nove horas da noite e ela nasceu 21h49.

Foi tudo bem na sala de cirurgia, eles me acalmaram. Mas quando a cirurgia começou, eu me lembro que gritei e chorei, porque eu estava sentindo os cortes. Eles me perguntaram se eu estava sentindo mexer ou se estava sentindo os cortes, e eu afirmei que estava sentindo os cortes, o bisturi passar. A minha perna já estava dormente, eu já não estava sentindo muito elas. Mas quando passaram o bisturi, eu gritei. Eu pensei que ia morrer. Gritei. Foi bem ruim, porque não é gostoso sentir a pessoa te cortando. Mas o médico disse que não podia esperar, tinha que tirar ela. Então, como eu também, estudei na área da saúde, entendi. Ele não podia esperar, porque o bebê poderia ter morrido. A enfermeira me acalmou, falando que era preciso fazer isso. “Se acalma, fica tranquila” e depois fiquei bem. Depois que a anestesia pegou, eu já não estava sentindo nada. Não senti a costura. Eles foram muito atenciosos comigo. Eu até pedi desculpas pela hora que eu gritei. Não tenho reclamação nenhuma, de nenhum profissional. Mas não tinha jeito. Essa parte foi a único coisa ruim.

Quando o bebê nasceu eles (pediatra) a levaram, eu nem a vi. Não vi quando levaram ela, porque eles tinham que levar rápido para pôr aparelho no coração dela, para ver como ela estava. Quando terminaram de me costurar é que entregaram ela para mim. Eu queria normal porque eu queria estar pertinho dela.

Minha acompanhante ficou comigo uns cinco ou dez minutos, e ficou com a bebê mais tempo. Ela não chegou a tempo de ver o bebê nascendo, mas quando estava terminando. Ela chegou e pode ficar com a menina (recém-nascida) até eu ir para o quarto. Antes, eu perguntei se na cesariana poderia acompanhante. Porque eu tinha me preparado, para o parto normal, e ela ia assistir. Mas não teve problema, ninguém falou nada.

Eu achei bem humanizado, mesmo sendo cesariana. E estou muito agradecida, porque em outro lugar acho que eles iriam esperar mais e poderia prejudicar a vida do bebê e a minha também. Eu não esperava nada do que aconteceu, eu não vim nem preparada para ganhar neném. Digo isso, porque as coisas ficaram em casa. Eu não tenho todas as coisas que preciso aqui. Estou sozinha. Eu estava com minha chefe antes de vir para cá. Só que agora (depois do parto) eles ficaram, com meu filho mais velho. Eles estão trabalhando e cuidando do meu filho, então fica difícil para eles virem aqui me ajudar aqui no hospital. Mas se eu não tivesse eles (pausa). Eu já estou liberada porque estou bem, mas a minha menina ainda espera alguns resultados. Eu tenho que tomar uns remédios da farmácia e não tenho ninguém para comprar eles fora. Uma enfermeira me forneceu alguns que tinha aqui. Quando eu contei para algumas pessoas (da equipe multiprofissional) que estou sozinha aqui, até o remédio eu consegui. Porque não tem ninguém para trazer remédio pra mim. E preciso continuar tomando remédio porque é uma cirurgia, né? Não é igual parto normal.

Meu outro filho vai fazer 10 anos e nasceu de parto normal na Venezuela. Na época as coisas estavam melhor lá. Eu era mãe de primeira viagem, e não sabia como era uma dor de parto, não tinha noção. A gente chega na hora gritando, e as enfermeiras, médicos falam “ah, mas quando você fez filho não doeu”. Deixam a pessoa ali morrer de dor. Então foi uma

experiência ruim. Eu gritei um monte. Tive quase 10 horas de trabalho de parto então não foi legal. Fui muito maltratada. Não sei se pelo fato de ser mais nova ou de sentir muita dor na hora e ter gritado. Fui muito maltratada e não gostei. A gente acha que uma mulher quando está ganhando neném precisa mais empatia, porque dói, não é bom. É uma dor que a gente sabe que vai passar, mas na hora a gente precisa uma pessoa que apoie. Dando calma. E no meu país não é assim.

O atendimento, tem muito a ver com a cultura. Até mesmo dentro do Brasil, eu tenho familiares que tiveram filhos em outros estados e o atendimento é péssimo. Pelo menos no Norte. Tenho familiar que já ganhou neném em Roraima, por exemplo, e o atendimento não foi bom. Mesmo sendo o SUS, o atendimento aqui, não é igual ao de lá. Acho que aqui se respeita muito mais. Acho que é mais humanizado. Acho que tem muito a ver com o estado. Muita gente que comenta que Paraná é um dos estados, no qual as pessoas são mais educadas, e empáticas. As cidades são bem diferentes dentro do mesmo país. Isso muda a cultura, o jeito que as pessoas são criadas. Elas agem de maneira diferente. Tem países e cidades que são mais humanizados e simpáticos. Por isso eu gostei mais do meu parto no Brasil, achei que foi melhor.

5.2.6. Valência: entrevista dia 23 de novembro de 2020.

Mulher com duas gestações anteriores e duas cesáreas, proveniente da Venezuela, 2º grau completo. Está no país há 10 meses, como residente permanente. Morava no Peru há quatro anos antes de vir para o Brasil. Relata ter saído da Venezuela pela crise política, acompanhando o marido onde surgia emprego. Realizou todo o pré-natal na rede básica de saúde. O nascimento ocorreu no dia 21 de novembro via cesariana a pedido da paciente.

Entrevista ocorreu em uma sala vazia no quinto andar da maternidade. Era noite e o ambiente estava tranquilo. A puérpera aceitou participar da entrevista animada, mas estava visivelmente pálida e cansada em se deslocar. Relatou dores por causa da cirurgia. Falava com alegria e alívio pelo fato de ter sido ouvida e ter tido uma cesariana. Relatou posteriormente a entrevista insegurança de voltar para casa e perguntou informações sobre salário maternidade. Encaminhei a dúvida para assistente social.

Tom vital: “Eu disse que não queria parir, que eu queria era cesárea. Eu não aguentava passar por isso”.

Narrativa: *Eu vim para cá na terça feira encaminhada pelo SUS porque ele (bebê) estava sentado. Estava tudo preparado, até que me tocaram a*

barriga e se deram conta que o menino havia virado. Então já não poderia ter a cesárea, eu tinha que esperar minha dor e minhas contrações para dar à luz.

Eu estava com 39 semanas, e eu não queria parto normal, eu queria era cesárea. Para complicar, a minha mãe que estava trabalhando, já havia pedido suas férias. Meu esposo também. Mesmo depois de pedir, eles me mandaram para casa, para esperar as 41 semanas. Eu não queria esperar as 41 semanas porque, tenho familiares que haviam se programado para me ajudar, e isso me deu medo.

A médica pediu que eu ficasse tranquila, que ia ter um seguimento nas consultas. Eu podia vir a cada três dias para fazer um controle com o exame de coração. Então, fui mais tranquila para casa. Na sexta-feira começaram contrações e vim para cá. Mas a médica disse que as contrações não estavam muito fortes. Que eu tinha que esperar um aproximado de três contrações por dez minutos, e que durassem mais de 40 segundos. Se estivesse sangrando, ou com perda de líquido eu podia voltar. Então voltei para casa, esperei aquela noite. Essa noite não pude dormir. A dor foi horrível. No dia seguinte eu não aguentava mais, então voltei outra vez para cá. As contrações já estavam mais fortes.

Outra médica me atendeu, e me disse para esperar, porque não havia dilatado. Me mandou caminhar, eu caminhei. Esperei duas horas e dilatei dois centímetros, nada mais. Mas não aguentava a dor, não aguentava a dor. Vinham as contrações e me vinha a dor. Eu disse que não queria parir, que eu queria era cesárea. Eu não aguentava passar por isso. Então me deram algo para aliviar a dor, mas não as contrações. Sentei-me e me colocaram num soro. Mas eu continuava pedindo para a médica, por favor que fizessem a cesárea. Eu queria já ter meu bebê.

Eu não falo bem português porque fico em casa cuidando do meu filho, e meu esposo que trabalha com minha mãe. Então eu não tenho tanta interação. Mas não senti dificuldade de falar com os médicos. Eles me entenderam e eu os entendi. Ela falou com outras pessoas e me pediram para esperar, “deixa-me ver o que podemos fazer no seu caso, porque no teu caso tens que esperar como todos aqui, se fosse de alto risco já seria diferente”, mas eu implorava porque a dor era horrível. E eu estava sozinha, o meu esposo esperava lá fora, por causa do protocolo da pandemia.

Depois que deram voltas e voltas, ela (médica) chegou e me disse “tu vais querer um parto normal ou vai querer cesárea? ”, e eu “eu quero cesárea”. Então falou com os médicos, depois de um tempo chegou, me disse “sim, então vamos preparar-te, vamos fazer tua cesárea”. Ui, Deus meu! Eu vi a Deus (risos), porque as dores eram insuportáveis e eu não estava dilatando. Já haviam feito o toque duas vezes e já estava voltando um líquido de uma cor marrom. Eles falaram que eu tinha duas e nada mais de dilatação. Eu já não queria fazer outro toque, estava muito dolorida. Eu estava assustada porque é meu segundo bebê com o outro não foi assim. Enquanto eu aguentava as contrações e me levaram para cima (centro obstétrico).

O atendimento foi perfeito. Me explicaram a possibilidade de eu aguentar um pouquinho mais para que fosse parto normal, mas eu não, eu não queria (risos), de verdade. Então me falaram os riscos da cirurgia e trouxeram uma autorização para assinar, para ter a cesárea que eu queria. Fizeram um teste rápido de Covid. Me colocaram para assinar o termo de anestesia, me

disseram que poderia ter um risco com a anestesia. Conversei com o médico da anestesista. A equipe estava lá pronta já tudo muito preparado e muito organizado.

Fizeram a minha cesárea e permitiram que a meu esposo entrasse e visse o menino. O meu bebê nasceu bem, graças a Deus! Depois na recuperação, eu ainda tive um pouco de dor, e mal-estar, mas estava feliz e contente, porque não aguentava as contrações.

Fiz o atendimento com as enfermeiras, e foi ótimo, ótimo. Elas me explicaram tudo: como amamentar meu bebê, como limpar o umbigo, como banhá-lo, seu primeiro banho. Coisas que não sabia. Apesar de que ter meu outro filho, minha mãe me ajudou com ele, o banhava, o atendia. Eu lhe dava de comer, mas não com estes conselhos que me deram aqui. A atenção, a comida, e todos os médicos, o cuidado que fizeram por mim, pela cesárea, me examinavam, também examinaram o menino, mediam a sua temperatura. A cada momento me perguntavam se eu estava bem na operação, se estava sentindo algo, eu dizia que não. Me colocaram o DIU também para cuidado. Eu que pedi para não tomar outro susto, porque esse bebê foi uma surpresa, não era planejado. Não tenho queixa, de verdade, muito bom o atendimento. Tudo, tudo muito bem.

Meu outro filho tem um ano e oito meses, nasceu no Peru de cesárea também, porque estava sentado. Eu gostei mais daqui. A atenção, o parto, estadia, a limpeza, foi muito diferente. Hoje me sinto alegre (risos), feliz, porque, me escutaram. Eu não queria estar sofrendo mais com as dores. Sou agradecida a Deus por permitir que me fizessem a cesárea, ainda que houvessem dito que não iam fazer, mas deu certo.

5.2.7. Delmas: entrevista ocorreu dia 01 de dezembro de 2020.

Mulher puérpera com duas gestações anteriores, um parto vaginal e uma cesariana. Proveniente do Haiti, mora no país há quatro anos com visto de migrante econômico. Relata ter feito cursos de cozinheira e costureira no Haiti, mas quer era muito difícil conseguir emprego. Tem o 2º grau incompleto, atualmente desempregada. Realizou pré-natal na rede básica de saúde. O nascimento ocorreu dia 30 de novembro, via cesariana por alteração de cardiotocografia e pré-eclampsia materna.

Puérpera alegre e relaxada. Se movimenta sem dificuldade. Relata várias vezes sua gratidão a Deus e a equipe pelo cuidado recebido. Nas primeiras 24 horas pós-parto, puérpera teve eclampsia e precisou de ser internada. Ficou um dia internada com o recém-nascido no Centro Obstétrico para observação. No momento da entrevista, aguardava alta hospitalar no quarto.

Num segundo encontro, para a entrega do termo de cessão, mulher me relatou as dificuldades sócio-econômicas que passou no Haiti. Estava muito satisfeita em ter imigrado para o Brasil, chamou o país de “mãe”. Porém relatou saudades de sua mãe e outros parentes. Também relatou a dificuldade de conseguir emprego durante o período de pandemia.

Tom Vital: “Então nós temos que obedecer, para que fique tudo bem com nossa vida e da nossa filha. Nós acreditamos que a neném tem que nascer”.

Narrativa: *Na segunda-feira eu cheguei aqui para fazer um exame, não é para neném nascer. Então o médico fala, não dá para ver o neném mexer, e não dá para escutar o coração muito bem do neném. “Tem que fazer a ecografia rápido” disse o médico. Graças a Deus, essa médica é muito bem para mim, porque graças a ela, a minha filha está nos meus braços. Eu também estou bem, graças a ela. Então, para continuar, ela me manda fazer ecografia, e vê que a neném tem que nascer na segunda-feira. Eu não lembro direito o porquê, acho que a neném estava com uma secreção, não lembro mesmo, só sei que a neném tinha que nascer, não dava para esperar. Eu já estava com nove meses cinco dias, neném tem que nascer.*

Então, ela (a médica) me manda tomar um suco e não comer. Me explica tudo direitinho para ela cuidar de mim, enquanto eu estava embaixo (pronto atendimento). Chama o meu marido, e fala com nós, que o neném não pode ficar, tem que nascer. Então nós temos que obedecer, para que fique tudo bem com nossa vida e da nossa filha. Nós acreditamos que a neném tem que nascer.

Depois que eu tomei o suco, eles pediram para eu esperar um pouquinho, que depois me chamariam para assinar os papeis. Me explicaram que tudo ia ficar bem, porque eu não sabia o que é cesárea. Meu primeiro filho nasceu de parto normal.

Então tudo passa bem. Eu logo subi (centro obstétrico). Veio um grupo de médicos conversar comigo também, me falar, me explicar tudo certinho como vai ser a cirurgia. Falaram que eu não podia ficar nervosa, tinha que ficar calma. Eles me ajudaram bastante a ficar tranquila. Então fomos conversando, eu entrei no lugar de cirurgia e em todo momento eles me ajudam a ficar calma.

O primeiro que veio conversar comigo, me deu anestesia. Conversou comigo porque eu não sabia o que é era. Eles me ajudaram a ficar calma, “vai sentir uma coisa”. Veio outra moça me apoiar, me colocou no colo dela. Me segurou bem forte para aguentar tudo. Nesse momento o meu marido estava fora. Eu estava muito nervoso, mesmo com eles falando comigo. No momento que eu estava passando mal, eles falaram “é normal, é normal”. Eles pegaram uma toalha porque eu não podia mexer em nada. Eu não sentia nada, só sentia em cima, a vontade de vomitar. Só que no meu

pensamento eu não queria vomitar. Também não queria passar vergonha. O médico falou “tem que ficar calma, não se preocupa”, e colocou a toalha para mim, perto da minha boca. Troca a toalha, passa a mão, me ajuda, cuida de tudo. Se não fosse eles, acho que eu estava pior. Graças a paciência que Deus coloca neles, eles me ajudaram bastante no momento.

No momento que o neném vai nascer, eles chamam meu marido para entrar. E uma coisa que eu queria muito, era tirar uma foto com minha filha perto de mim. Eles (equipe na sala) me ajudam. O meu celular estava descarregando, um deles me emprestou o celular para tirar foto. Que coisa mais preciosa! Eles podiam achar que isso é perda de tempo, mas me ajudaram bastante, bastante.

Primeira coisa que eu queria falar, é que no momento que o meu médico, perto de minha casa no postinho, falou que meu neném iria nascer em outro hospital, eu não fiquei feliz. Porque eu queria que ela nascesse aqui também. Porque as pessoas aqui são benção de Deus para mim. No meu primeiro filho, eu estava sofrendo muito e eles (equipe) me ajudaram bastante. Cuidaram de mim quando eu fui internada, e depois me mandaram para casa.

No primeiro (filho), fui muito bem cuidada aqui. Agora nesse também. Nunca pensei que me tratariam tão bem. Eu não tenho família, eu não tenho mãe para me ajudar. No momento meu marido tem que ficar fora (do hospital) por causa dessa doença (Covid-19). Então eles me acompanharam, me ajudaram bastante. Conversaram comigo para saber como eu me sentia, como eu estava. Na segunda a neném nasceu, na terça eu desci, porque eles me trocaram de quarto. Eu estava passando tão mal, alguém saiu correndo para chamar os médicos, eles foram demais. Me levantaram, me levaram de volta para a sala, me fizeram remédio. Tudo, tudo, tudo bem certinho. Se não fosse por eles eu ia morrer. Graças a Deus. Deus usa eles com paciência, com amor, com carinho. Graças a Deus, a minha filha está nos meus braços, e eu estou bem, com saúde. Por isso aqui é melhor hospital (risos).

Meu coração não tem palavras porque cada coisa que Deus faz na nossa vida é uma coisa incrível. Ninguém consegue explicar, ninguém. Meus dois partos aqui foram bons. Só que no primeiro eu levei um corte sem saber. Eu achei que ele (médico) ia avisar se precisasse me cortar. Porque se você não tem espaço para o nenê nascer, ele deveria avisar que iria me cortar. Ele também usou uma coisa para tirar o neném (fôrcepes), mas eu também não sabia que ele ia usar. Na hora eu falei para mim mesma, “isso não é nada, porque ele tem que ajudar o neném a nascer, não pode perder tempo”, e eu não queria que ficasse mal para mim. Tem pessoas que falam com eles. Eu tenho direito de ter a minha visão nessa escolha. Eles podiam ter avisado que iam usar essas coisas. Mas no momento que aconteceu, eu não sabia. Só senti esse corte enquanto o bebê nascia. Mas para mim isso não é nada, porque meu filho nasceu bem, então está tudo bem.

5.3 TEMAS RELEVANTES

Após transcrição e análise das falas das colaboradoras do estudo e selecionou-se dois temas relevantes: 1) As surpresas e sentimentos durante o processo de parto; 2) O cuidado percebido pelas mulheres e as memórias de experiências no país de origem.

5.3.1 As surpresas e sentimentos durante o processo de parto

Inicia-se por esse tema, pois foi unânime nas falas das mulheres, que o processo de parto e nascimento é surpreendente, em seu início, percurso e desfecho.

Entre as colaboradoras, três relataram a experiência de ir à maternidade para uma consulta de rotina ou pronto atendimento, e serem surpreendidas pela realidade de terem os seus partos antecipados:

“Cheguei aqui (hospital) só para estabilizar minha pressão. Quando eu cheguei aqui nunca imaginei que, que iria ganhar neném. Eu sempre quis ter o bebê de parto normal. Foi uma surpresa. Eu não estava preparada para ganhar ela agora. Mas graças aos médicos daqui ela veio” (Maracaibo).

“[...] eu cheguei aqui para fazer um exame, não é para neném nascer” (Delmas).

Durante o seu processo de parto, as colaboradoras lidaram com o fato de não terem o parto no momento previsto. Algumas o tiveram previamente, como elucidado pela Colaboradora Tunes.

“Naquela noite, na minha casa, eu tive dores e percebi que não poderia esperar até segunda (risos)” (Tunes).

Outras tardiamente como a Colaboradora Valência.

“[...] eles me mandaram para casa, para esperar as 41 semanas. Eu não queria esperar as 41 semanas porque, tenho familiares que haviam se programado para me ajudar” (Valência).

As colaboradoras também relataram a expectativa ao vivenciar um processo desconhecido:

“Esse foi meu primeiro parto e eu não sabia como seria” (Caracas).

“Eu estava assustada porque é meu segundo bebê, com o outro não foi assim” (Valência).

“Me explicaram que tudo ia ficar bem, porque eu não sabia o que é cesárea. Meu primeiro filho nasceu de parto normal” (Delmas).

No total, seis colaboradoras relataram alguma surpresa no desfecho final do parto. Percebe-se que essas colaboradoras tinham expectativas em relação a escolha da via de parto ou em como se daria o processo de parto e nascimento. A construção de expectativas foi maior entre as multíparas.

“Eu não vim para fazer a cirurgia, mas vim esperando o parto normal” (Carrefour).

“Estava tudo preparado, até que me tocaram a barriga e se deram conta que o menino havia virado. Então já não poderia ter a cesárea [...]” (Valência).

“O doutor que me atendeu disse que seria terceira cesárea, e que não seria fácil. Poderia ser perigoso. Nessa hora eu fiz muitas perguntas, perguntei se havia outra possibilidade, e ele disse que sim: fazer um parto natural” (Tunes).

“Eu estava preparada para outra coisa e quando eles avisaram para mim, e eu falei que não queria cesariana. Mas não tinha jeito” (Maracaibo).

Em relação a escolha de via de parto, percebe-se que aquelas que tiveram uma cesariana anterior, demonstraram preferência por ter outra cesárea. Dentre os motivos de escolha relatou-se a conveniência de preparar ajuda externa no ambiente familiar.

“Seria a minha terceira cesária, e ele afirmou que estava tudo bem sem problema. [...] Eu prefiro no começo da semana por estarem na escola, assim fico mais tranquila” (Tunes).

“[...] eu não queria parto normal, eu queria era cesárea. Para complicar, a minha mãe que estava trabalhando, já havia pedido suas férias. Meu esposo também. [...] Eu não queria esperar as 41 semanas porque, tenho familiares que haviam se programado para me ajudar” (Valência).

Houve também a compreensão pessoal de que seria mais seguro pela experiência de ter uma cesárea anterior.

“Seria a minha terceira Cesária, e ele (médico) afirmou que estava tudo bem sem problema [...] eu estava com medo e disse que o parto natural tinha mais risco, porque eu já tinha duas cesarianas. É impossível que eu tenha um parto natural, o útero está fechado. [...] Mas na Tunísia, por exemplo, falei com meu doutor antes de vir para cá, e ele me disse não, não há problemas para quatro, cinco, ou seis cesarianas, é normal. A medicina está avançada, não está atrasada, ou seja, sempre se encontra uma solução” (Tunes).

“Eu vim para cá na terça feira encaminhada pelo SUS porque ele (bebê) estava sentado. Estava tudo preparado, até que me tocaram a barriga e se deram conta que o menino havia virado. Então já não poderia ter a cesárea, eu tinha que esperar minha dor e minhas contrações para dar à luz. [...] Meu outro filho tem um ano e oito meses, nasceu no Peru de cesárea também, porque estava sentado” (Valência).

Já as múltiparas que tiveram parto normal anterior, relataram o desejo de outro parto vaginal. Entre as primíparas, essa também foi a via de parto desejada:

“Eu sempre quis ter o bebê de parto normal. Foi uma surpresa” (Marcaibo).

“Eu não vim para fazer a cirurgia, mas vim esperando o parto normal” (Carrefour).

“Eu tentei fazer o parto normal, mas eu estava com muita, muita dor. Eu fiz tudo, tudo... o médico fez tudo, mas não posso parir o bebê” (Porto Príncipe).

Entre o motivo das preferências geradas sobre o parto vaginal, o único comentário claro identificado foi da Colaboradora Maracaibo, que relatou o seu desejo em ter o recém-nascido próximo no pós-parto imediato.

“Eu queria normal porque eu queria estar pertinho dela” (Maracaibo).

Das seis colaboradoras que tiveram cesarianas, somente as duas multíparas com cesárea anterior, tiveram a cirurgia de caráter eletivo. As quatro mulheres restantes tiveram suas cirurgias por situação em caráter de emergência.

Segundo as descrições e anotações do caderno de campo, percebeu-se a possível falha de progressão do trabalho de parto da Colaboradora Carrefour, somada a informação no caderno de campo de que houve alteração no exame de cardiotocografia fetal.

“Depois eu tive dor e estava com dificuldade na passagem do nenê. Eu vim para cá, mas não tinha passagem. Eles me fizeram a cirurgia urgente” (Carrefour).

Já a Colaboradora Porto Príncipe, nos descreveu um possível sofrimento fetal, pela presença de mecônio no período expulsivo do trabalho de parto.

“A cabeça do bebê estava quase saindo. Mas ele viu que o bebê fez cocô dentro da minha barriga. Então ela chamou outro médico, que disse que não dava para fazer o parto normal. E... (pausa) teria que ir rápido para a cesárea” (Porto Príncipe).

Outra experiência relatada foi da Colaboradora Maracaibo, que foi internada para investigar um pico hipertensivo, e ao avaliar o feto, foi identificado uma alteração no batimento cardíaco fetal.

“Os médicos resolveram monitorar os batimentos cardíacos dela. Mas acharam que ela não estava muito bem. [...] Não puderam esperar porque o batimento dela estava bem fraquinho. Foi tudo muito rápido. Acho que não deu nem, 20 minutos. Eu cheguei aqui já era mais de nove horas da noite e ela nasceu 21h49” (Maracaibo).

Já a Colaboradora Delmas parece não ter tido completo esclarecimento dos motivos para a sua cesariana de emergência, conforme o relato a baixo. No caderno de campo há a informação adquirida do prontuário de que a puérpera teve pré-eclampsia, agravada no período pós-parto, e alteração de cardiotocografia fetal.

“Na segunda-feira eu cheguei aqui para fazer um exame, não é para neném nascer. Então o médico fala, não dá para ver o neném mexer, e não dá para

escutar o coração muito bem do neném [...]. Eu não lembro direito o porquê, acho que a neném estava com uma secreção, não lembro mesmo, só sei que a neném tinha que nascer, não dava para esperar. Eu já estava com 9 meses 5 dias, neném tem que nascer” (Delmas).

O processo de parto e nascimento passou pelo trabalho parto e as experiências que ecoaram nesse momento. Diante da leitura das narrativas, percebeu-se que o seu processo interno, sensações fisiológicas, pensamentos e sentimentos permearam fortemente este momento do nascer. Mas também, o cenário externo a mulher, isto é, o contexto em que ela está inserida, bem como o ambiente hospitalar e suas rotinas, influenciaram na sua experiência de parto.

Como parte de seu processo interno, a dor foi o tema comum mais relatado entre as mulheres que iniciaram algum tipo de trabalho de parto, tanto fisiológico, como induzido:

“Eu não pensei que as dores fossem tão fortes, mas, depois que o bebê nasce, a gente esquece tudo” (Caracas).

“Depois eu tive dor e estava com dificuldade na passagem do nenê” (Carrefour).

“Eu não gostei disso, porque eu ia sair da maternidade com dor. [...] Lá, eu ainda estava com muita dor, e a dor aumentou. Eu não conseguia dormir e passei a noite toda acordada. [...] O problema é que eu continuava com muita dor. Eu tentei fazer o parto normal, mas eu estava com muita, muita dor” (Porto Príncipe).

“Então cinco da manhã, eu estava com muita dor e ele (médico) me passou uma medicação para dor. Mas a medicação não aliviou nada. Então ele passou outra mais forte e foi melhorando um pouco. Duas ou três horas, depois disso a dor voltou forte como no início” (Tunes).

“Essa noite não pude dormir. A dor foi horrível [...] Mas não aguentava a dor, não aguentava a dor. Vinham as contrações e me vinha a dor. [...] Eu vi a Deus (risos), porque as dores eram insuportáveis e eu não estava dilatando. Já haviam feito o toque duas vezes e já estava voltando um líquido de uma cor marrom. Eles falaram que eu tinha 2 e nada mais de dilatação. Eu já não queria fazer outro toque, estava muito dolorida” (Valência).

A dor como personagem integrante do processo de nascimento, também apareceu no relato da Colaboradora Maracaibo, que não entrou em trabalho de parto, mas que teve uma cesariana de emergência.

“Mas quando a cirurgia começou, eu me lembro que gritei e chorei, porque eu estava sentindo os cortes. Eles me perguntaram se eu estava sentindo mexer ou se estava sentindo os cortes, e eu afirmei que estava sentindo os cortes, o bisturi passar” (Maracaibo).

A dor na recuperação puerperal também foi percebida na Colaboradora Valência, conforme anotação no caderno de campo. Em seu relato, a colaboradora diz que ainda teve dor pós cesariana, mas que o fato de ter sua vontade respeitada e interromper o trabalho de parto para ter a cirurgia cesariana, a ajudou a lidar com essa dor.

“Depois na recuperação, eu ainda tive um pouco de dor, e mal-estar, mas estava feliz e contente, porque não aguentava as contrações. [...] Hoje me sinto alegre (risos), feliz, porque, me escutaram. Eu não queria estar sofrendo mais com as dores. Sou agradecida a Deus por permitir que me fizessem a cesárea, ainda que haviam dito que não iam fazer, mas deu certo” (Valência).

A superação da dor foi percebida após o nascimento. A presença, o carregar no colo, as ajudaram a superar a dor do parto ou pós parto.

“[...] quando a gente tem o bebê no colo, as dores são esquecidas” (Caracas).

“Mesmo com as dores, eu tenho ele (bebê). Quando vejo meu menino, com saúde, bonito, tudo se passa bem!” (Tunes).

Além da dor, outras sensações físicas, como náusea e vômitos também foram relatadas no momento do parto.

“Quando as contrações começaram eu pensei que eu ia morrer. Me senti muito mal. Eu desmaiei, vomitei [...]” (Caracas).

“No momento que eu estava passando mal, eles falaram “é normal, é normal”. Eles pegaram uma toalha porque eu não podia mexer em nada. Eu não sentia nada, só sentia em cima, a vontade de vomitar” (Delmas).

Como experiência singular e íntima, o processo de parto evocou diferentes sentimentos nas colaboradoras. Entre os principais descritos estão a sensação de

medo, tristeza e infelicidade. O medo e a tristeza foram por vezes relatadas como consequência de um desfecho de parto inesperado.

“Eu estava com muito medo quando eu ouvi isso, porque eu vi e embaixo de mim o coco que o bebê fez na minha barriga. Estava com medo. Mas eles fizeram a cesárea e graças a Deus, deu tudo certo” (Porto Príncipe).

“Eu tive medo, muito medo. O doutor que me atendeu disse que seria terceira cesária, e que não seria fácil. Poderia ser perigoso. [...] Fiquei triste, eu tive medo com a palavra do doutor falando dos riscos da terceira cesariana” (Tunes).

“Quando eles me falaram que teriam que fazer uma cesariana porque o bebê podia estar com sofrimento fetal. Eu não acreditei. Até chorei, porque não era o que eu queria. [...] Eu tive medo, porque eu não queria cirurgia” (Maracaibo).

“Eu não queria esperar as 41 semanas porque, tenho familiares que haviam se programado para me ajudar, e isso me deu medo” (Valência).

A sensação de medo também foi relatada diante da insegurança com o cuidado recebido, diretamente ligado a atitude da equipe assistencial. A Colaboradora Tunes relata a presença de prováveis alunos de medicina no ambiente da cirurgia, identificando-os como jovens. A juventude pode se relacionar a inexperiência, fazendo com que a parturiente sentisse vulnerável e insegura no momento do nascimento.

“Eu não estava feliz quando a outra médica me fez um toque e falou que eu estava com um cm de dilatação. Aquilo não me fez bem” (Porto Príncipe).

“Tive medo quando vi tantos jovens com ele. Eu vi cinco ou seis com o doutor. Antes mesmo dele chegar vi os jovens e perguntei, se são eles que vão fazer a operação?! Ele me disse sim. Pensei que eu ia morrer!” (Tunes).

Apenas a Colaboradora Delmas relatou o sentimento de vergonha e ansiedade. A colaboradora explica que o sentimento apareceu ao se deparar sozinha e com a vontade incontrolável de vomitar no meio da cirurgia e como o cuidado recebido pela equipe assistencial a ajudou a superar esse momento difícil:

“Nesse momento o meu marido estava fora. Eu estava muito nervosa, mesmo com eles falando comigo. No momento que eu estava passando

mal, eles falaram “é normal, é normal”. Eles pegaram uma toalha porque eu não podia mexer em nada. Eu não sentia nada, só sentia em cima, a vontade de vomitar. Só que no meu pensamento eu não queria vomitar. Também não queria passar vergonha. O médico falou “tem que ficar calma, não se preocupa”, e colocou a toalha para mim, perto da minha boca. Troca a toalha, passa a mão, me ajuda, cuida de tudo. Se não fosse eles, acho que eu estava pior” (Delmas).

Semelhantemente, outras colaboradoras também relataram como o cuidado da equipe trouxe segurança em um momento de solidão. Algumas colaboradoras tiveram seus bebês, em meio a pandemia de Covid-19, também influenciou esse cenário solitário ao restringir a entrada do acompanhante em todo o processo de parto.

“A enfermeira me acalmou, falando que era preciso fazer isso. “Se acalma, fica tranquila” e depois fiquei bem. [...] Estou sozinha. Eu estava com minha chefe antes de vir para cá. Só que agora (depois do parto) eles ficaram, com meu filho mais velho. Eles estão trabalhando e cuidando do meu filho, então fica difícil para eles virem aqui me ajudar aqui no hospital. Mas se eu não tivesse eles (pausa). Eu já estou liberada porque estou bem, mas a minha menina ainda espera alguns resultados. Eu tenho que tomar uns remédios e não tenho ninguém para comprar eles fora. Uma enfermeira me forneceu alguns que tinha aqui. Quando eu contei para algumas pessoas (da equipe multiprofissional) que estou sozinha aqui, até o remédio eu consegui. Porque não tem ninguém para trazer remédio pra mim. E preciso continuar tomando remédio porque é uma cirurgia, né? Não é igual parto normal” (Maracaibo).

“E eu estava sozinha, o meu esposo esperava lá fora, por causa do protocolo da pandemia. [...] A cada momento me perguntavam se eu estava bem na operação, se estava sentindo algo, eu dizia que não [...]” (Valência).

“Eu não tenho família, eu não tenho mãe para me ajudar. No momento meu marido tem que ficar fora (do hospital) por causa dessa doença (Covid-19). Então eles (equipe) me acompanharam, me ajudaram bastante” (Delmas).

Percebe-se que apesar das dificuldades enfrentadas em meio ao processo de parto e nascimento, muitas colaboradoras descreveram a experiência como positiva e relataram felicidade relacionada a alta hospitalar.

“Estou animada e graças a Deus estou indo para casa hoje” (Caracas).

“Meu parto foi bom. Eles me trataram bem, eu fui bem atendida. [...] Hoje estou alegre, eu deixei a minha casa há três dias e hoje vou voltar, eu tive alta” (Carrefour).

“Hoje estou me sentindo feliz, estou feliz. [...] Agora estou feliz. Foi um parto bom, muito bom” (Porto Príncipe).

“[...] estou muito agradecida, porque em outro lugar acho que eles iriam esperar mais e poderia prejudicar a vida do bebê e a minha também” (Maracaibo).

“Meu coração não tem palavras porque cada coisa que Deus faz na nossa vida é uma coisa incrível. Ninguém consegue explicar, ninguém. Meus dois partos aqui foram bons” (Delmas).

5.3.2 O cuidado percebido pelas mulheres e as memórias de experiências no país de origem

As experiências de parto e nascimento também foram marcadas pelas memórias das colaboradoras. As mais relevantes foram em relação a sua experiência de parto anterior e as características do atendimento obstétrico no país de origem.

De forma unanime, todas as multíparas que tiveram filhos em outros países, preferiram o parto no Brasil. Entre os motivos levantados está a ausência de custo do serviço público e a possibilidade de desfrutá-lo, sem a necessidade de um visto específico ou seguro de saúde, como é previsto pelo princípio da universalidade do SUS.

“Meu outro parto foi normal, em um hospital no Haiti. Mas achei o parto aqui melhor, porque não tem que pagar nada. Tudo é de graça, e está bem confortável” (Carrefour).

A Colaboradora Tunes, residia no Brasil com visto de turismo e relatou ter vindo para o país com objetivo de ter seu parto pelo SUS. A colaboradora conta que o atendimento em seu país é bom, porém é pago.

“Aqui este hospital é muito bom! No meu país com dinheiro, pagando eu poderia fazer uma cesariana numa clínica bem melhor” (Tunes).

A Colaboradora Valência é venezuelana, mas teve seu primeiro filho no Peru, durante o trajeto de refúgio. Ela descreveu como as características estruturais

e do cuidado de enfermagem também foram relatadas como ponto positivo da experiência de parto no Brasil.

“Fiz o atendimento com as enfermeiras, e foi ótimo, ótimo. Elas me explicaram tudo: como amamentar meu bebê, como limpar o umbigo, como banhá-lo, seu primeiro banho. Coisas que não sabia. Apesar de que ter meu outro filho, minha mãe me ajudou com ele, o banhava, o atendia. Eu lhe dava de comer, mas não com estes conselhos que me deram aqui. A atenção, a comida, e todos os médicos, o cuidado que fizeram por mim, pela cesárea, me examinavam, também examinaram o menino, mediam a sua temperatura. [...] meu outro filho tem um ano e oito meses, nasceu no Peru de cesárea também, porque estava sentado. Eu gostei mais daqui. A atenção, o parto, estadia, a limpeza, foi muito diferente. Hoje me sinto alegre (risos), feliz, porque, me escutaram” (Valência).

Apesar do bom atendimento, a Colaboradora Tunes teve dificuldade em lidar com a diferença de conduta médica dos dois países.

“Mas na Tunísia, por exemplo, falei com meu doutor antes de vir para cá, e ele me disse não, não há problemas para quatro, cinco ou seis cesarianas é normal. A medicina está avançada, não está atrasada, ou seja, sempre se encontra uma solução. Mas aqui o doutor me disse que era perigoso” (Tunes).

Atenta-se, porém, que a maternidade de escolha pela colaboradora era de baixo risco e referência no atendimento ao parto humanizado, ou seja, os profissionais que atendem lá seguem diretrizes a favor do parto normal.

A prática do modelo obstétrico diferente também impactou a experiência de parto da Colaboradora Maracaibo. Baseado no conhecimento de como é depreciativo o atendimento obstétrico em seu país de origem, a colaboradora esperou dias para procurar o serviço hospitalar quando não estava se sentindo bem.

“Esperei alguns dias para procurar ajuda, porque não tenho uma boa experiência do meu país. Lá quando a mulher vai sofrendo para o hospital, é muito judiada” (Maracaibo).

A mesma ainda relata a sua experiência de parto anterior. Sua experiência prévia revela descaso e violência verbal por parte da equipe assistencial. O apoio esperado pela equipe é percebido no contexto brasileiro.

“Meu outro filho vai fazer 10 anos e nasceu de parto normal na Venezuela. Na época as coisas estavam melhor lá. Eu era mãe de primeira viagem, e não sabia como era uma dor de parto, não tinha noção. A gente chega na hora gritando, e as enfermeiras, médicos falam “ah, mas quando você fez filho não doeu”. Deixam a pessoa ali morrer de dor. Então foi uma experiência ruim. Eu gritei um monte. Tive quase 10 horas de trabalho de parto então não foi legal. Fui muito maltratada. Não sei se pelo fato de ser mais nova ou de sentir muita dor na hora e ter gritado. Fui muito maltratada e não gostei. A gente acha que uma mulher quando está ganhando neném precisa mais empatia, porque dói, não é bom. É uma dor que a gente sabe que vai passar, mas na hora a gente precisa uma pessoa que apoie. Dando calma. E no meu país não é muito assim. [...] tem países e cidades que são mais humanizados e simpáticos. Por isso eu gostei mais do meu parto no Brasil, achei que foi melhor” (Maracaibo).

Por sua vez, a Colaboradora Delmas também relata um evento negativo na sua experiência de parto anterior, que ocorreu no Brasil, na mesma maternidade do parto atual. Nela a colaboradora relata o desrespeito em não ser avisada sobre as intervenções aplicadas em seu corpo. Demonstrando que a violência obstétrica é relembrada e marca a vida da mulher.

“Meus dois partos aqui foram bons. Só que no primeiro eu levei um corte sem saber. Eu achei que ele (médico) ia avisar se precisasse me cortar. Porque se você não tem espaço para o nenê nascer, ele deveria avisar que iria me cortar. Ele também usou uma coisa para tirar o neném (fórcepes), mas eu também não sabia que ele ia usar. Na hora eu falei para mim mesma, “isso não é nada, porque ele tem que ajudar o neném a nascer, não pode perder tempo”, e eu não queria que ficasse mal para mim. Tem pessoas que falam com eles. Eu tenho direito de ter a minha visão nessa escolha. Eles podiam ter avisado que iam usar essas coisas. Mas no momento que aconteceu, eu não sabia. Só senti esse corte enquanto o bebê nascia. Mas para mim isso não é nada, porque meu filho nasceu bem, então está tudo bem” (Delmas).

Contudo, essa experiência não impediu a colaboradora de avaliar o atendimento ao parto anterior como bom. Para a colaboradora o fato de seu filho ter nascido bem superou a insatisfação com a episiotomia. O significado dessa superação é tamanho, que ela relata felicidade ao poder ter o segundo filho na mesma maternidade.

“Primeira coisa que eu queria falar, é que no momento que o meu médico, perto de minha casa no postinho, falou que meu neném iria nascer em outro hospital, eu não fiquei feliz. Porque eu queria que ela nascesse aqui também. Porque as pessoas aqui são benção de Deus para mim. No meu

primeiro filho, eu estava sofrendo muito e eles (equipe) me ajudaram bastante. Cuidaram de mim quando eu fui internada, e depois me mandaram para casa. No primeiro (filho), fui muito bem cuidada aqui. Agora nesse também. Nunca pensei que me tratariam tão bem” (Delmas).

O cuidado na maternidade foi percebido pela colaboradora, evidenciando sua satisfação com a experiência de parto e nascimento. De maneira geral, as mulheres imigrantes relataram satisfação com o tratamento recebido pela equipe, em ambos os hospitais.

“Eles me trataram bem, eu fui bem atendida” (Carrefour).

“Mas a maneira como me trataram no dia seguinte, quando eu voltei, e a preocupação deles (equipe) comigo me fez melhor” (Porto Príncipe).

Nas narrativas analisadas percebe-se o cuidado assistencial, seja de rotina, ou oferecido exclusivamente aquela mulher. Algumas colaboradoras fizeram questão de destacar as atitudes de cuidado que fizeram parte de sua história de parto, tendo percebido essas, como mais relevantes.

Algumas colaboradoras perceberam o cuidado ao serem medicadas e meio a dor ou terem alguma necessidade fisiológica sua suprida pela equipe:

“Eles (equipe multiprofissional) me deram a comida na hora e também remédio. Eu não tenho nada para reclamar deles” (Carrefour).

“Então 5h da manhã, eu estava com muita dor e ele (médico) me passou uma medicação para dor. Mas a medicação não aliviou nada. Então ele passou outra mais forte e foi melhorando um pouco” (Tunes).

“Quando eu contei para algumas pessoas (da equipe multiprofissional) que estou sozinha aqui, até o remédio eu consegui. Porque não tem ninguém para trazer remédio pra mim” (Maracaibo).

“A atenção, a comida, e todos os médicos, o cuidado que fizeram por mim [...]” (Valência).

Outra percepção de cuidado também foi descrita pelas colaboradoras nos momentos de maior vulnerabilidade e descontrole. Elas relataram terem recebido suporte para enfrentar um momento difícil ou desconhecido.

“As médicas, as enfermeiras, os estudantes ficavam perto de mim, preocupados comigo e me ajudando no processo. Todos me trataram bem e ficaram preocupados com o que acontecia comigo e com o bebê” (Caracas).

“A enfermeira me acalmou, falando que era preciso fazer isso. “Se acalma, fica tranquila” e depois fiquei bem” (Maracaibo).

“Eles me ajudaram a ficar calma, “vai sentir uma coisa”. Veio outra moça me apoiar, me colocou no colo dela. Me segurou bem forte para aguentar tudo. Nesse momento o meu marido estava fora” (Valência).

“Troca a toalha, passa a mão, me ajuda, cuida de tudo. Se não fosse eles, acho que eu estava pior. [...] Eu estava passando tão mal, alguém saiu correndo para chamar os médicos, eles foram demais. Me levantaram, me levaram de volta para a sala, me fizeram remédio. Tudo, tudo, tudo bem certinho. Se não fosse por eles eu ia morrer” (Delmas).

Houve também o relato do cuidado de enfermagem ao se sentir vista. Mesmo a distância, o olhar de cuidado marcou a experiência dessa colaboradora.

“Eu desmaiei, vomitei, me senti maluca, estava com um sangramento abundante e até quando eu tomava banho, as enfermeiras ficavam de olho, para que não acontecesse nada de errado comigo [...] enfermeiras e a médica passavam no meu quarto para ver como eu estava. E eu fiquei bem” (Caracas).

Além de ser vista, notou-se que algumas colaboradoras se sentiram valorizadas e, conseqüentemente, cuidadas ao participar do processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto. Peculiarmente, as duas colaboradoras que relataram essa protagonização com mais ênfase, foram as mesmas que tiveram a cesariana eletiva.

“O médico que me atendeu disse que não tinha vaga no hospital. Ele me ofereceu o endereço de outra maternidade, mas eu não quis. Eu escolhi este hospital porque escutei dizer que ele é melhor que os outros. Ele assentiu, mas avisou que eu teria que esperar uma vaga para mim aqui. [...] O doutor que me atendeu disse que seria terceira cesária, e que não seria fácil. Poderia ser perigoso. Nessa hora eu fiz muitas perguntas, perguntei se havia outra possibilidade, e ele disse que sim: fazer um parto natural. Mas eu estava com medo e disse que o parto natural tinha mais risco, porque eu já tinha duas cesarianas. É impossível que eu tenha um parto natural, o útero está fechado. Ele discordou, não entendi as suas razões, mas cada um tem a sua maneira de ver” (Tunes).

“Depois que deram voltas e voltas, ela (médica) chegou e me disse “tu vais querer um parto normal ou vai querer cesárea? ”, e eu “eu quero cesárea”.

Então falou com os médicos, depois de um tempo chegou, me disse “sim, então vamos preparar-te, vamos fazer tua cesárea”. Ui, Deus meu! [...] O atendimento foi perfeito. Me explicaram a possibilidade de eu aguentar um pouquinho mais para que fosse parto normal, mas eu não, eu não queria (risos), de verdade. Então me falaram os riscos da cirurgia e trouxeram uma autorização para assinar, para ter a cesárea que eu queria. Fizeram um teste rápido de Covid. Me colocaram para assinar o termo de anestesia, me disseram que poderia ter um risco com a anestesia. Conversei com o médico da anestesista. A equipe estava lá pronta já tudo muito preparado e muito organizado” (Valência).

Por outro lado, outras mulheres relataram a impossibilidade de decidir o desfecho de seu parto, bem como as intervenções realizadas nesse processo, fomentando a relação de submissão de parturiente para com a equipe assistencial.

“Nesse momento a doutora, junto com outros médicos, fizeram uma reunião para decidir se eu ficava no hospital. Resolveram me internar para induzir o parto. Perto das seis da tarde começaram a minha indução” (Caracas).

“Chama o meu marido, e fala com nós, que o neném não pode ficar, tem que nascer. Então nós temos que obedecer, para que fique tudo bem com nossa vida e da nossa filha. Nós acreditamos que a neném tem que nascer. [...] Falaram que eu não podia ficar nervosa, tinha que ficar calma” (Delmas).

Em relação as barreiras percebidas durante o processo de parto, algumas intervenções foram descritas como negativas. Entre elas, a recorrência de toque vaginal, não só pelo atendente principal, mas pelos alunos.

“As dores eram insuportáveis e eu não estava dilatando. Já haviam feito o toque duas vezes e já estava voltando um liquido de uma cor marrom. [...] Eu já não queria fazer outro toque, estava muito dolorida” (Valência).

“Depois, fui atendida pela médica e dois estudantes, que verificaram que eu tinha 3 cm de dilatação” (Caracas).

A presença de alunos e residentes durante a cesariana também provocou insegurança à Colaboradora Tunes.

“Ele (médico) mesmo fez a operação. Tive medo quando vi tantos jovens com ele. Eu vi cinco ou seis com o doutor. Antes mesmo dele chegar vi os jovens e perguntei, se são eles que vão fazer a operação?! Ele me disse sim. Pensei que eu ia morrer! Por se tratar de jovens. Não vejo jovens fazendo operações assim, normalmente tem um chefe. Ele me disse que o

chefe estaria junto com ele. Mas o que eu percebo que nos hospitais tem muitos estudantes. Cada operação, cada consulta eles entram com o chefe” (Tunes).

Algumas colaboradoras relataram não se sentir compreendida ou ouvida. A dificuldade de comunicação, levou algumas colaboradoras à sensação de descaso e sofrimento.

“Na segunda feira, eu vim para cá porque tinha muita dor. Mas quando a médica me examinou, ela falou que eu estava com um centímetro de dilatação e me disse para voltar na minha casa. Meu marido falou “como ela pode voltar para a sua casa? Ela tem muita dor”. A médica explicou que eu só estava com um centímetro de dilatação, e que eu tinha que voltar para casa. Eu não gostei disso, porque eu ia sair da maternidade com dor. Então eu decidi ficar na maternidade esperando. Eu passei a noite aqui, e quando era próximo das 12 horas da manhã eu falei com meu esposo para voltarmos para casa. Ele (esposo) não queria que eu voltasse, mas aqui ninguém estava me atendendo, e eu estava sofrendo. Ninguém me falava nada, ninguém me dizia nada. Meu marido então, entendeu, chamou um Uber, e voltamos para casa. Lá, eu ainda estava com muita dor, e a dor aumentou. Eu não conseguia dormir e passei a noite toda acordada. Fui sofrendo, sofrendo, sofrendo, até o outro dia. [...] Eu não estava feliz quando a outra médica me fez um toque e falou que eu estava com 1 cm de dilatação. Aquilo não me fez bem” (Porto Príncipe).

“Ele discordou, não entendi as suas razões, mas cada um tem a sua maneira de ver. Fiquei triste, eu tive medo com a palavra do doutor falando dos riscos da terceira cesariana” (Tunes).

A dificuldade de comunicação, gerada pela diferença de idioma, foi transposta na medida que a equipe assistencial tinha iniciativa em adaptar sua fala. Algumas mulheres relataram certa cooperação da equipe em falar devagar e pausadamente.

“Alguns dias senti dificuldade com a língua, mas a equipe sempre tentava entender o que eu falava” (Caracas).

“[...] os médicos aqui no meu quarto, explicam bem, falam a língua Portuguesa devagar para eu compreender bem, por eu ser estrangeira e perguntam se eu entendi” (Tunes).

“Eu não falo bem português porque fico em casa cuidando do meu filho, e meu esposo que trabalha com minha mãe. Então eu não tenho tanta interação. Mas não senti dificuldade de falar com os médicos. Eles me entenderam e eu entendi eles” (Valência).

A necessidade de compreensão idiomática para receber o cuidado adequado, também foi verificada na atitude da colaboradora Carrefour, que relatou preocupação com uma colega de quarto Haitiana, pois ela ficaria mais tempo internada e que não falava português.

Apesar de algumas colaboradoras conseguirem se comunicar em português, as anotações do caderno de campo mostraram o conforto que a colaboradora Caracas sentiu ao poder se comunicar na sua língua materna, também a colaboradora Carrefour e Tunes escolheram seu idioma de origem para relatar o processo de parto e nascimento.

Apesar das dificuldades relatadas durante seu processo de parto, a Colaboradora Maracaibo descreveu o seu parto como humanizado. Sua visão de humanização foi relacionada a resposta rápida da equipe em um quadro emergencial, que poderia pôr em risco a sua vida e de seu bebê.

“Eu achei bem humanizado, mesmo sendo cesariana. E estou muito agradecida, porque em outro lugar acho que eles iriam esperar mais e poderia prejudicar a vida do bebê e a minha também” (Maracaibo).

Esta foi a única colaboradora do estudo que usou a palavra humanização em seu relato. Isso pode ser relacionado a sua formação acadêmica na área da saúde, conforme o caderno de campo. Também pelo fato de já residir no Brasil algum tempo e conhecer outras pessoas que tiveram filhos no país. Sobre a humanização do atendimento ao parto no Brasil, a colaboradora descreveu:

“O atendimento, tem muito a ver com a cultura. Até mesmo dentro do Brasil, eu tenho familiares que tiveram filhos em outros estados e o atendimento é péssimo. [...] Mesmo sendo o SUS, o atendimento aqui, não é igual ao de lá. Acho que aqui se respeita muito mais. Acho que é mais humanizado. [...] As cidades são bem diferentes dentro do mesmo país. Isso muda a cultura, o jeito que as pessoas são criadas. Elas agem de maneira diferente. Tem países e cidades que são mais humanizados e simpáticos. Por isso eu gostei mais do meu parto no Brasil, achei que foi melhor” (Maracaibo).

Essa conexão entre humanização, simpatia e respeito em sua fala, também foi descrita no relato da Colaboradora Delmas. Apesar dela não citar a palavra humanização diretamente, nota-se que o acolhimento da equipe ao ouvir a sua

vontade ter registrado uma foto do parto de sua filha, gravou na colaboradora uma lembrança preciosa.

“E uma coisa que eu queria muito, era tirar uma foto com minha filha perto de mim. Eles (equipe na sala) me ajudam. O meu celular estava descarregando, um deles me emprestou o celular para tirar foto. Que coisa mais preciosa! Eles podiam achar que isso é perda de tempo, mas me ajudaram bastante, bastante” (Delmas).

A sensação de cuidado foi evidenciada na troca entre colaborador e equipe, onde houve voz e escuta. Para além do desfecho do parto, essa comunicação foi valorizada em alguns discursos.

“Hoje me sinto alegre (risos), feliz, porque, me escutaram” (Valência).

“Conversaram comigo para saber como eu me sentia, como eu estava” (Delmas).

6 DISCUSSÃO

Os maiores grupos de imigrantes que vieram ao Brasil na última década foram: haitianos, venezuelanos, paraguaios, argentinos e bolivianos. Entre os anos de 2011 e 2019, o reconhecimento da condição de refúgio concentrou-se em venezuelanos, sírios e congoleses, dado condizente com o período de vinda das colaboradoras. Já os haitianos foram o maior grupo de imigração do tipo residente permanente, e demonstraram aumento significativo de inserção no mercado de trabalho formal, nos últimos dez anos (BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020).

A OMS descreve que alguns grupos sociais, como mulheres imigrantes, são mais vulneráveis e tem dificuldade em desfrutar de um sistema de saúde em seus países. No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde e a Constituição garantem a essa população o acesso equânime e integral no SUS, não sendo tolerada nenhum tipo de racismo institucional (MILEV, 2020). Estes princípios de atendimento, fazem com que o Brasil, seja um dos países escolhidos como destino migratório. Mulheres imigrantes relataram a sua escolha e satisfação com o SUS brasileiro, sendo que a ausência de custo, foi fala associada a esse discurso (MARTES; FALEIROS, 2012; ROSSA, 2017; SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

Esse reconhecimento não deve gerar a sensação de utilitarismo por parte dessas mulheres, mas descreve alívio em meio ao fardo que muitas imigrantes carregam em não terem liberdade dentro da sua saúde reprodutiva. Não só no Brasil, mas no mundo, mulheres imigrantes descrevem o desespero de engravidarem e não terem acesso ao serviço de saúde no pré-natal e parto, bem como de não contarem com o olhar social do Estado protegendo minimamente sua saúde e a vida de seus recém-nascidos. A busca por atendimento obstétrico é uma busca por humanidade (HIGGINBOTTOM et al., 2015; KORUKU et.al., 2017; MILEV, 2020; FAIR et al., 2020).

No cenário sociodemográfico, estudos mostram que as mulheres imigrantes que tiveram filhos no Brasil tinham em média entre 20 e 40 anos de idade (WALDMAN, 2011; YAJAHUANCA, 2015; SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021). O único estudo que citou as mães imigrantes adolescentes, ressaltou que a gestação nessa faixa etária é significativamente menor do que entre as brasileiras (FERREIRA, 2019).

Os estudos também indicam a prevalência de mulheres imigrantes unidas a um parceiro, e com o nível de escolaridade equivalente ao ensino secundário ou de cinco a 10 anos de estudo (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018; FERREIRA, 2019). Discordando desta informação, um estudo com mulheres imigrantes sírias em São Paulo, identificou que a maioria de suas participantes tinham ensino superior e eram profissionalizadas (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

Em relação a paridade, predomina no Brasil a presença de imigrantes múltiparas nas maternidades (WALDMAN, 2011; YAJAHUANCA, 2015; BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018; FERREIRA, 2019). Outro estudo em São Paulo, verificou o perfil das mães imigrantes que tem seus filhos na cidade. Nele foi percebido, que o maior grupo de múltiparas também teve um índice maior de início do pré-natal tardio e maior incidência de cesarianas, entre as imigrantes representadas (FERREIRA, 2019).

Sobre o pré-natal imigrante, um estudo brasileiro acompanhou o pré-natal realizado por Haitianas no Mato Grosso do Sul. As pesquisadoras tiveram cerca de 72% de sua população imigrante frequentando mais de seis consultas na unidade básica de saúde (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018). Semelhantemente, 62.3% das mulheres imigrantes que tiveram seus filhos em São Paulo, realizaram mais de sete consultas de pré-natal. Contudo, os pesquisadores chamam atenção para o fato de aproximadamente 12% das imigrantes terem realizado menos de quatro consultas, indicando uma atenção à assiduidade dessa população ao pré-natal (FERREIRA, 2019).

Em 2016, a OMS lançou um guia de recomendações sobre cuidados pré-natais, visando a experiência positiva de gravidez, e a redução da morbidade e

mortalidade materna relacionadas a gestação. A organização realizou uma revisão sistemática da literatura para apurar as práticas baseadas em evidências no cuidado pré-natal e como elas poderiam ser aplicadas. Assim, foram incluídas no guia 49 práticas, divididas em cinco subtemas: Intervenções nutricionais, avaliação da mãe e do feto, medidas preventivas, intervenções para sintomas fisiológicos comuns e intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

A OMS recomenda dentre as intervenções nos sistemas de saúde para a melhoria da utilização e da qualidade dos cuidados pré-natais: pelo menos oito consultas de pré-natal, uma caderneta de registro da gravidez, a delegação de tarefas que promovam o cuidado pré-natal entre equipe multiprofissional, complementação, distribuição dos suplementos alimentares recomendados e do tratamento preventivo intermitente na gravidez, e se possível a continuidade do cuidado perinatal (pré-natal, parto e puerpério), por uma mesma equipe ou profissional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

Seguindo tais recomendações, a Rede Mãe Paranaense, indica que o acompanhamento pré-natal deve se iniciar até a 12^a semana de gestação, garantindo assim a gestante um mínimo de sete consultas pré-natais. Destaca-se que entre as condições necessárias para se realizar um pré-natal de qualidade estão: promover escuta ativa da gestante e seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico; presença de um acompanhante nas consultas; incentivo ao parto normal e preparação do “Plano de Parto” (PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde, 2020).

Liu et al. (2018), em um estudo que avaliou a influência do pré-natal na experiência de parto de mulheres imigrantes, descrevem que 88% das mulheres imigrantes em seu estudo tiveram partos vaginais. Ainda, metade das participantes do estudo tiveram parto natural, ou seja, sem uso de medicações ou intervenções desnecessárias. Os autores então relacionaram o empoderamento na tomada de decisão sobre as intervenções e desfecho do parto, com o pré-natal bem informado. A via de parto que predominou neste estudo foi a cirúrgica, porém em outros estudos

brasileiros, mulheres imigrantes tiveram maior incidência de parto vaginal, superando até mesmo a incidência de parto em brasileiras, em maternidades públicas. Isso pode se relacionar devido a forte influência da cultura de origem, a favor do parto vaginal, e a resistência cultural a intervenções no processo de parturição. (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018; FERREIRA, 2019; YAJAHUANCA, 2015).

A preferência pelo parto normal, também foi relatada entre as mulheres bolivianas de São Paulo. Todas esperavam um parto normal e o “corte do corpo” está mais relacionado a morte do que ao nascimento. Mesmo a cesariana bem indicada, pode ser considerada cruel pela condição de mulher imigrante e indígena, com limitações para entender o idioma e sem informação mais específica a respeito de seu parto (YAJAHUANCA, 2015). A Equipe de Base Warmis, grupo de imigrantes voluntárias que buscam mudanças políticas, relatam que por motivos culturais, a maioria das mulheres imigrantes preferem um parto normal, porém não conseguem (ESCUADERO, 2019).

O parto normal também é a intensão de quase 70% das mulheres brasileiras, incluindo multíparas e primíparas (DOMINGUES et al., 2014). Contudo, a principal via de nascimentos é a cirúrgica, com quase 56%, ou seja, a maioria das mulheres brasileiras não conseguem a via de parto desejada, seja no setor privado ou público (BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018). Essa realidade também foi relatada em um estudo que investigou a intencionalidade e desfecho de parto de gestantes em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os autores declaram que entre as 81 participantes brasileiras, 75% preferiam ter um parto normal e 25% cirúrgico. No entanto, as intenções não impactaram o desfecho, pois quase 68% dessas mulheres tiveram cesariana (WEIDLE et al., 2014).

No cenário internacional, também há relatos de preferência pelo parto vaginal entre mulheres imigrantes (BENZA; LIAMPUTTONG, 2014, KANHLOU et al., 2017, LIU et al., 2018 TANAKA et al., 2020). Em uma meta análise sobre os estudos qualitativos que descreveram a experiência de parto e nascimento de mulheres imigrantes, as autoras australianas ressaltam que as mulheres imigrantes preferem

ter partos vaginais naturais. O desfecho favorável, a vontade da mulher, está relacionado com: o poder de escolha, a confiança na capacidade de parir, habilidade nas práticas de alívio da dor e auto-controle, relutância em apressar o processo natural por influência de membros da equipe assistencial, preferência pelo silêncio, e ida tardia ao hospital para evitar a cesárea (BENZA; LIAMPUTTONG, 2014).

As expectativas de mulheres imigrantes ao redor do parto e nascimento são moldadas pelas suas experiências em seu país de origem. Essas mulheres possuem lentes diversas e multiculturais sobre o que o parto tradicional e o que elas preferem (BENZA; LIAMPUTTONG, 2014).

Outro estudo sobre a experiência de parto de mulheres japonesas em Bali, 14 mulheres imigrantes japonesas foram entrevistadas. O autor aponta que a maioria das mulheres também esperavam experimentar o parto normal, e que esta via é a normalizada em sua cultura de origem. Contudo, algumas participantes tiveram que lidar com a frustração de ter um parto cirúrgico. O autor relata que o que ajudou essas mulheres a superarem essa frustração foi a certeza de que o bebê estava bem e de a equipe indicou a cirurgia porque era necessária (TANAKA et al., 2020).

Contrário à preferência pelo parto normal, algumas mulheres sírias de São Paulo relataram seu desejo pela cesariana eletiva e a surpresa em não a conseguir facilmente no sistema brasileiro. O estudo descreveu que principalmente as mulheres cristãs, preferiam a cesárea, para evitarem a dor. A impossibilidade de escolher a via de parto previamente foi impactante para as colaboradoras, acostumadas com a cultura de seu país de origem (SILVA et al., 2019).

Em maternidades públicas brasileiras, o processo de mudança do cenário obstétrico vem mudando devido a implementação de programas, como o Rede Cegonha (2011) e as Boas Práticas no Atendimento ao Parto da OMS. Há dentro do sistema de saúde brasileiro a tentativa de diminuição das taxas de cesariana eletiva (MELO et al., 2018). O Projeto Parto Adequado, por sua vez, estabelece uma série de parâmetros a serem respeitados para a realização da cirurgia cesariana (BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016). Segundo a OMS, a cesárea é uma

intervenção, que deve ser indicada por motivo médico, com o intuito de salvar a vida de mães e bebês. As taxas de cesárea não devem passar de 10%, e o seu aumento não está associado com redução de morbimortalidade de mãe e bebê. A cesariana é uma cirurgia complexa, que traz chance maior de complicações e mortalidade para mãe e bebê (WHO, 2018).

Diversos estudos da literatura mostram que mulheres multíparas imigrantes passam pela cirurgia cesariana, por terem tido cesarianas anteriores (KHANLOU et al., 2017; GONZALES-MENDEZ et al., 2012; BAKKEN; SKJELDAL; STRAY-PEDERSEN, 2015; DAVID et al., 2017; BRECKENKAMP et al., 2019). Contudo, a revisão sistemática da Chocrane mostrou que a repetição de cesariana, não é necessariamente mais seguro que o parto normal. Autores relatam que tanto a cesariana consecutiva, quanto o parto vaginal após cesárea (comumente chamado pela sigla VBAC – *vaginal birth after cesarean*), têm risco de acordo com a singularidade do quadro obstétrico de cada binômio (DODD et al., 2013; DOOD et al., 2015). Outros estudos também relataram uma queda no risco de morbidade materna, em mães que tiveram um parto vaginal espontâneo após um cesariana (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2015; WINGERT et al., 2019).

Para aumentar os fatores de segurança, no VBAC, pesquisadores sugerem, um pré-natal de qualidade, que disponibilize informações e prevenção de doenças maternas como diabetes gestacional e pré-eclampsia. Também relatam que o trabalho de parto não-farmacológico está associado com maiores índices de sucesso de VBAC (NILSSON et al., 2015; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2015; DODD et al., 2015; WINGERT et al., 2019; TROJANO et al., 2021).

Nesse sentido, muitas mulheres multíparas, mesmo com uma cesárea anterior ou trauma da experiência de parto anterior, preferem tentar um parto normal na experiência futura (RILBY et al., 2012; GAGNON; CHAMPAGNE-POIRIER, 2021). Um estudo canadense que entrevistou 20 puérperas, descreve que multíparas tem uma relação diferente com as expectativas do futuro parto. Elas

tendem pensar em recursos que satisfaçam desejos não supridos pelo parto anterior, sejam eles: alívio ou não da dor, momento de ir ao hospital, local de parto. Nesse sentido, a maioria das participantes se colocaram positivas em relação ao parto futuro, como se este fosse uma nova chance para acertos (GAGNON; CHAMPAGNE-POIRIER, 2021).

Fomentando novas possibilidades, um estudo australiano observou os indicadores de parto de 554 imigrantes africanas em sua pesquisa. Os autores relatam que aproximadamente 50% das imigrantes africanas de baixo risco, com cesárea anterior que tentaram VBAC, conseguiram. Este achado foi muito próximo da incidência de VBAC em mulheres locais, indicando essa possibilidade no cenário imigrante (BELIHU; SMALL; DAVEY, 2017).

Contudo, não se pode ignorar a grande indicação de cesarianas entre imigrantes, por emergências. Estudos mostram que a região do país de origem está ligada à qualidade de saúde geral da mulher e seu risco aumentado para cesariana de emergência (MERRY et al., 2016). Outra pesquisa aplicou a escala de Robson para avaliar a cesariana emergencial em mulheres imigrantes. Os autores verificaram maiores índices de cesarianas emergenciais entre os grupos de imigrantes asiáticos e africanos, além de relacionar piores índices obstétricos ao baixo nível educacional (BAKKEN; SKJELDAL; STRAY-PEDERSEN, 2019).

Outros autores apontaram em suas pesquisas que entre as cesarianas ocorridas em grupos imigrantes, o sofrimento fetal estava entre as três principais indicações (CORREA-VALEZ; RYAN 2012; MICHAAN et al., 2014; BERNIS et al., 2013; OZEL et al., 2018). Contudo, não se achou na literatura artigos que relacionem diretamente o risco de sofrimento fetal agudo com status migratório.

Vale ressaltar que o sofrimento fetal agudo é uma indicação correta para a realização de cirurgia cesárea, e uma das causas mais comuns do desfecho cirúrgico (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010; DAHLKE et al., 2013). Contudo, deve-se questionar as condições de parto para que mulheres de baixo risco apresentassem sofrimento fetal agudo.

Alguns estudos apontam que o manejo abusivo de intervenções durante o trabalho de parto está diretamente relacionado ao sofrimento fetal agudo, e consequentemente, maiores índices de cesariana. O uso prolongado de fármacos indutores no trabalho de parto, analgesia, manobra de *Kristeler*, manobras de extração, e precariedade no monitoramento do batimento cardíaco fetal, estão entre os apontamentos relacionados ao sofrimento fetal durante o trabalho de parto (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010; COSTANTINE; SAADE, 2012; LITORP et al., 2020).

A pré-eclampsia também parece ser um fator de risco materno que pode resultar em sofrimento fetal agudo. Um estudo indiano acompanhou 200 mulheres com hipertensão gestacional, durante suas consultas perinatais. Os autores relataram que o desfecho mais comum em mulheres com pré-eclampsia grave e eclampsia foi o sofrimento fetal intraparto (SINGH; GUPTA, 2020). Autores ressaltam que a prevenção desfecho cirúrgico, pode ser possível através do monitoramento adequado do batimento cardíaco fetal, seja por ausculta, ou por análise da cardiotocografia (COSTANTINE; SAAD, 2012; LITORP et al., 2020; MARTINS, 2020).

É perceptível que, independentemente da via de nascimento, o processo de parto exige vivenciar diferentes sensações. Entre as muitas nuances, estão as de origem fisiológica, comum a maioria das mulheres. A náusea e o vômito são queixas comumente relatadas pelas parturientes. Devido a intensidade das contrações uterinas, a válvula gástrica se expande, para favorecer a expansão do útero. Hormonalmente, a alta produção de ocitocina e adrenalina deixa a parede gástrica mais reativa, facilitando esse processo outrora desagradável. Como consequência muitas mulheres experimentam a sensação de náusea, e o vomito é comum principalmente na fase final do trabalho de parto, quando as contrações se tornam mais intensas (MALIN et al., 2016; REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

Embora, muito comum no passado, a restrição alimentar durante o trabalho de parto não está associada com a diminuição da frequência da náusea ou vomito. A literatura indica que os benefícios de ingestão calórica durante o trabalho de parto

superam os possíveis malefícios causados pelo vômito (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013; MALIN et al., 2016). A náusea e vômito são comuns em 80% das cesarianas. Devido a administração opióides, inibidores de contração uterina, analgesia, estímulo visceral durante a cirurgia, exteriorização do útero e irrigação peritoneal. O uso de antieméticos, a otimização anestésica e diminuição da manipulação do útero, podem diminuir esses sintomas (TAN; HABIB, 2020).

Entre as experiências fisiológicas do processo de parto a dor é parte intrínseca a essa experiência. A experiência de parto e nascimento é o evento mais doloroso na vida de uma mulher e ressoa na memória individual e coletiva por anos. É impossível desvincular a dor do processo de parto, independente da sua via ou das intervenções para o seu alívio (CHAJUT et al., 2014).

Ao investigar sobre os valores culturais ligados a dor no parto e como esses valores influenciam essa experiência, um estudo norte-americano, analisou as respostas de 200 participantes multiculturais ao se a pesquisa. Os autores relataram que somente 56% dos participantes tiveram uma resposta acurada sobre o porquê há dor durante o trabalho de parto, relacionando a dor ao primeiro e segundo estágio do parto. Ressaltou aos autores que seis participantes responderam a essa pergunta relacionando aspectos ideológicos e religiosos a dor no parto, como maldição divina, *karma* e semelhantes (MATHUR; MORRIS; MCNAMARA, 2020).

Neste estudo, os autores também verificaram que a dor foi descrita por 43% dos participantes com palavras relacionadas a violência, alguns participantes relacionaram a dor do parto com sentimento de medo e solidão. Ainda, 87% dos participantes indicaram que a dor do parto deve ser medicalizada, sendo que os 13% que negaram o uso de medicalização foram indivíduos que nunca pariram. Por fim, 95% dos participantes concordaram que as mulheres têm o direito a alívio de dor durante o parto. Mulheres Americanas relataram menos dor durante o parto, do que as Americanas de outras culturas, porém sem diferença estatística (MATHUR; MORRIS; MCNAMARA, 2020).

É possível descrever a dor, no processo de parto, como um evento. Essa nomenclatura é utilizada, pois considera que as pessoas envolvidas em seu

processo estão ativas na sua construção, seja em termos sensoriais, cognitivos ou motivacionais. A dor é construída como o entrelaçar de fios do corpo, da linguagem e da cultura. Entender a dor, seria ler o que ela transmite. Seria como apreciar o surgimento de uma figura no tecer do bordado (RUSSO et al., 2019).

Para entender o processo de parto e nascimento, é necessário considerar os contextos sociais, culturais e a individualidade física e emocional da parturiente. Esses fatores influenciam na maneira como ela vivencia as diferentes sensações físicas, como a dor no trabalho de parto. O parto também representa um evento sociocultural, pois altera o significado de ser mulher e mãe, e conseqüentemente, as suas relações com os grupos com quem se relaciona (KURAMOTO, 2016).

A dor para muitas mulheres faz parte do ritual de passagem do “ser mulher”, aumentando o valor desta mulher depois do parto. Ultrapassar o difícil caminho de vivenciar a dor, as aproxima de uma vivência transcendental. A dor então, ao invés de temida é esperada e bem recebida (RUSSO et al., 2019).

Contribuindo com essa percepção, puérperas muçulmanas de um estudo em São Paulo, relataram que elas e a sua comunidade preferiam o parto normal. A dor é a permissão de Alá, uma predestinação divina para aquela mulher. Negar a dor, seria negar aquilo que constrói o seu ser (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021). Outros autores também relatam a preferência que mulheres imigrantes muçulmanas e orientais em ter um parto com dor (COUTINHO, 2014; TANAKA et al., 2020).

A luta contra a dor e o sofrimento, são pensamentos que foram introduzidos na sociedade moderna após o Iluminismo. A ideologia de progresso foi relacionada com a privação da dor, que impedia o ser humano de produzir e buscar seus ideais. Nessa época, iniciou uma série de experimentos e intervenções em processos naturais, como o parto. A analgesia no parto foi por muitos celebrada com um dos grandes avanços da medicina. O modelo medicalizado e intervencionista, fundou raízes por décadas, no que foi chamado de obstetrícia moderna (RUSSO et al., 2019).

A depreciação do papel fisiológico da dor, faz que muitas mulheres iniciem um processo de sofrimento, tão comumente relacionado a experiência de parto

vaginal moderna. Uma alternativa que paira no inconsciente coletivo feminino é que a cirurgia cesariana eliminaria imediatamente a dor do trabalho de parto e consequentemente o sofrimento (RUSSO et al., 2019). A motivação desta requisição, deflagra a ineficiência dos serviços de saúde em oferecer analgesia adequada e suporte social a essas mulheres. O autor ainda descreve, que o pedido pela cesariana, é um chamado ao alívio de sua dor, para que ela não se transforme em sofrimento. Neste sentido, negar a cirurgia cesariana, sem disponibilizar de outros métodos de alívio a dor e permitir suporte social a essa mulher, é entregá-la ao sofrimento (WANG, 2017).

Em relação a analgesia farmacológica intraparto, os estudos apontam disparidades na distribuição destas. Mulheres imigrantes advindas da Europa tiveram maior chance de receber analgesia. Já mulheres Africanas e Asiáticas menos. Contudo, isso não parece ter influenciado a via de parto de mulheres imigrantes ou nativas (HUSAROVA et al., 2016; KHANLOU et al., 2017; FAIR et al., 2020).

Métodos não farmacológicos para o alívio da dor são recomendados pela OMS como cuidado intra-parto que promovem uma experiência positiva de parto. A organização aponta que as técnicas de relaxamento reduzem o desconforto do trabalho de parto, aliviam a dor e aumentam a satisfação da mulher com a experiência do nascimento. Profissionais da saúde devem estar cientes de que o tipo de método oferecido e o contexto em que ele é inserido pode impactar as futuras escolhas que a mulher fará em prol do alívio da dor no parto. Assim, as opções de métodos não-farmacológicos para alívio da dor podem ser amplos, respeitando a cultura e contexto de cada parturiente e família (WHO, 2018).

Apesar de ser aconselhado no guia internacional, não foi identificado nenhuma pesquisa sobre o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor em mulheres imigrantes diretamente. Alguns estudos demonstram que a presença de doulas para mulheres imigrantes é positiva e reduzem o uso de anestesia intraparto, inferindo que estas apliquem métodos não farmacológicos para alívio da dor (AKHAVAN, 2012; KORUKU et al., 2017; BYRSKOG; SMALL; SCHYTT, 2020).

A superação da dor no final do parto, pode ser relacionada com o final do processo fisiológico e o encontro com o recém-nascido (TANAKA et al., 2020). O pele-a-pele imediato colabora para uma experiência de puerpério mais acolhedora, diminuindo a sensação de solidão nas imigrantes (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

A sensação de solidão e ansiedade são sentimentos frequentemente relacionado ao medo em mulheres imigrantes durante o processo de parto. A solidão é um sentimento frequentemente relatado, agravado pela condição física de separação da família, comunidade e costumes (TANAKA et al., 2020; FAIR et al., 2020).

“[...] O impacto de não estar no meio familiar foi apresentado nas falas sobre a falta e a solidão, principalmente no pós-parto, pois no país de origem é esperado que possam contar com o apoio da rede familiar – mãe, marido, sogra, cunhadas etc. – durante o resguardo, período do pós-parto que é valorizado [...]” (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021, p. 14).

A incidência de depressão pós-parto é reportada como duas vezes maior em mulheres imigrantes do que em nativas. Ela é o reflexo mais evidente de uma assistencial ao parto empobrecida. O apoio comunitário a mulher imigrante, fora do cenário hospitalar também é extremamente importante para consolidar a sensação de pertencimento em um país desconhecido (HIGGINBOTTOM et al., 2015; KHANLOU et al., 2017; SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021). Nenhum estudo reportando ou descrevendo a depressão pós-parto de mulheres imigrantes no Brasil foi encontrado, demonstrando uma lacuna no conhecimento e no atendimento a essas puérperas.

O medo entre mulheres imigrantes aparece com mais frequência relacionado a insegurança e falta de suporte assistencial. A separação ou distanciamento do seu local de origem, a incompreensão do sistema de saúde e a solidão, são os fatores que antecedem ao parto, mas que alimentam a sensação de insegurança ao entrar em uma maternidade (SEO, 2014; FAIR et al., 2020; TANAKA et al., 2020).

As pesquisas com mulheres imigrantes bolivianas, relatam com frequência que as parturientes vão a maternidade com medo, por já ansiarem se poderão protagonizar suas vontades e costumes no parto. Essas mulheres frequentemente relatam a sensação de não serem tratadas iguais as brasileiras, por sofrerem intervenções excessivas ou negligência de assistência (YAJAHUANCA, 2015; CASTRO; OLIVEIRA; CUSTÓDIO, 2015; ROSSA, 2017).

As mulheres imigrantes têm uma expectativa de serem bem cuidadas nas maternidades, iguais as mulheres não imigrantes, e geralmente avaliam esse cuidado como satisfatório (SMALL et al., 2014). Porém, a realidade indica que o cuidado recebido pode ser inferior, além da complexidade de outros fatores socioeconômicos concorrentes, que potencializam a sensação de negligência, inferioridade e incompreensão (KURAMOTO, 2016; KHANLOU et al., 2017).

Uma revisão sistemática da literatura europeia sobre a experiência de mulheres imigrantes na gestação e parto, dentro de maternidades, indicou que parturientes imigrantes têm medo de serem tratadas de maneira diferente pela equipe assistencial. Os autores relatam que muitas vezes as imigrantes desconhecem se o atendimento ao parto será parecido ao de seu país, ou se seus costumes serão respeitados pela equipe. A sensação de vulnerabilidade e desconfiança pode ser agravada a dificuldade de comunicação (FAIR et al., 2020). Outros autores também relataram medo e frustração de mulheres imigrantes, diante de sistemas obstétricos diferentes, sejam eles mais intervencionistas, ou mais baseado em evidências científicas (KORUKU et al., 2017; CROWTHER; LAU, 2019; TANAKA et al., 2020).

Uma assistência obstétrica ruim, desumana, tem um impacto persistente na história de vida das mulheres. O que faz com que muitas mulheres revivam e relatem a experiência do parto anterior no presente. Reforçando a ideia de que a experiência de parto não é estática, mas algo orgânico, ativo e transformador. Seu significado tem capacidade de ecoar até as gerações futuras (GAGNON; CHAMPAGNE-POIRIER, 2021).

As memórias apresentadas pelas colaboradoras descrevem um cenário de violência obstétrica, prevalecendo o desrespeito e indiferença. A apropriação do corpo alheio da mulher ocorre por meio de intervenções abusivas, levando-a perder a sua autonomia e protagonismo, sobre tudo no momento do parto (YAJAHUANCA, 2015; ROSSA, 2017).

A Venezuela foi um dos primeiros países da América Latina a usar o termo violência obstétrica, e penalizar a sua ocorrência. Contudo, devido ao desgaste político e social, a Venezuela atualmente é reconhecida pelo atendimento obstétrico precário. A Colômbia tem sido o principal país receptor de mulheres venezuelanas. A busca por uma diferente nacionalidade ao filho, levando a proteção pelo Estado novo, é um dos motivos que levam mulheres venezuelanas a migrarem. Isso faz com que muitas mulheres migrem grávidas para os países vizinhos em busca de atendimento obstétrico, percorrendo todo tipo de perigo e agravo a saúde durante o trajeto de refúgio (CUNHA; FERNANDÉZ NIÑO, 2020; GUARNIZO-HERREÑO; WEHBY, 2021).

No Brasil, a violência obstétrica é combatida por meio de programas que validam práticas que humanizem a assistência ao parto e nascimento. Além de oferecer legalidade a um modelo menos intervencionista, os programas visam diminuir intervenções que não são baseadas em evidências científicas, como a episiotomia (PEREIRA et al., 2018). Essa prática forjada de facilitadora em evitar lacerações, não é recomendada pelas revisões sistemáticas internacionais, por não trazer nenhum benefício real a evolução do parto. A sua prática, sem consentimento é considerada violação do corpo alheio, componente da violência obstétrica (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Apesar de não recomendada, uma pesquisa com mulheres imigrantes colombianas em São Paulo relatou que estas sofreram a prática da episiotomia em seus corpos, muitas vezes sem consentimento. Além do trauma perineal gerado sobre o evento do parto, a episiotomia dificulta a recuperação puerperal da mulher. Imigrantes relataram dor durante a jornada de trabalho, dor no ato sexual, e

dificuldade em cuidar dos outros filhos, como consequências futuras relacionadas a episiotomia (YAJAHUANCA, 2015).

A realização de toque vaginal repetidamente também é considerada violência obstétrica (DINIZ et al., 2016). Em outros estudos brasileiros, mulheres imigrantes também relataram a realização excessiva de toque vaginal (YAJAHUANCA, 2015; CASTRO; OLIVEIRA; CUSTÓDIO, 2015; SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021). Porém, a literatura nacional, indica que essa não é uma característica exclusiva da população imigrante, mas das parturientes brasileiras. Hospitais-escola também aparecem como local onde o toque vaginal recorrente por pessoas diferentes é mais frequente, seja no sistema público ou privado (ANDRADE et al., 2016; MENEZES et al., 2019; SILVA et al., 2019).

Mulheres imigrantes que tiveram seus partos em um hospital-escola brasileiro, também relataram desconforto com a presença de estudantes, sobretudo do sexo masculino (SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021). Ter um profissional homem assistindo o parto também foi um desconforto relatado por mulheres imigrantes, principalmente islâmicas e muçulmanas, conforme outros estudos internacionais (KHANLOU et al., 2017; FAIR et al., 2020). A sensibilidade cultural da equipe assistencial em providenciar profissionais mulheres para atender essa população impacta diretamente na sensação de segurança das parturientes (COUTINHO et al., 2014).

Diniz et al. (2016) sugerem que deve haver um acordo entre instituições formadoras e assistenciais, no sentido de inovar a prática de ensino. Prioritariamente estudantes devem se basear nas evidências científicas para assistirem uma mulher no seu processo de parto. Este ensino deve repousar na relação cooperativa entre médico-paciente e nos direitos das mulheres, promovendo proteção, autonomia e escolha informada as parturientes. Também deve-se extinguir as práticas de denigam a integridade genital e “procedimentos didáticos” nos corpos femininos, principalmente durante a vulnerabilidade do momento de parto. É dever dos alunos e instituições de se responsabilizar pelos atos no corpo alheio, inclusive quando o procedimento desnecessário tem consenso para o aprendizado.

Não só pelo excesso de intervenções as mulheres imigrantes podem sofrer violência no parto, mas também pelo descaso e negligência. A equipe multiprofissional deve atentar para esse fenômeno, especialmente, porque mulheres imigrantes são facilmente ignoradas no seu dia-a-dia. Isso promove tensões em seus corpos que são agravadas no momento do parto. Ser levada a sério é parte chave no cuidado e encontro entre profissional da assistência e essas mulheres (ROBERTSON, 2015).

Ser compreendida com seriedade, implica em se comunicar com eficiência. Para isso, a qualidade e o tipo de informação são cruciais às mulheres imigrantes nas maternidades, principalmente aquelas que não dominam bem o idioma local. A palavra falada deve ser clara não só na sua dicção, como no seu significado (CROWTHER; LAU, 2019).

A comunicação e compreensão está diretamente ligada a sensação de segurança e satisfação no parto. Elas não ocorrem somente através da fala, mas através das relações. A comunicação não verbal, aparenta ter forte impacto na experiência de parto, fomentando ou não o empoderamento das mulheres imigrantes durante o processo (SEO; KIM; DICKERSON, 2014; OWENS DANDY, HANCOCK, 2016). Desenvolve-se o que se chama de comunicação responsiva com cuidado e empoderamento. Ela inclui a comunicação não verbal da equipe, acolhedora, paciente, e atenta ao perceber que a mulher tem alguma dúvida ou sente algum tipo de medo durante o trabalho de parto. Esta atitude da equipe, segundo o autor, promove respeito, segurança, sensação de compreensão, e valorização do indivíduo (CROWTHER; LAU, 2019).

Em relação a comunicação verbal, um fator que a precede é a empatia. Ela é o que permite criatividade durante a dificuldade de comunicação e paciência no atendimento. A comunicação prejudicada, dificulta o diálogo entre profissional e paciente, o que prejudica a tomada de decisão por parte da mulher e sua autonomia. A informação sem adequação cultural é vazia e perpetua a iniquidade no atendimento. Comunicar-se é muito mais do que fornecer informações, é gerar e nutrir vínculo e confiança entre ambas as partes envolvidas, por isso, as diferenças

idiomáticas não aparentaram ser fator decisivo nesse processo (KURAMOTO, 2016).

O uso de jargões médicos, e a inconsistência das informações recebidas por diferentes profissionais demonstrou dificultar o processo de comunicação durante o parto de mulheres imigrantes. Diante da intensidade do processo de parto interno e da dificuldade de comunicação externa, mulheres imigrantes relatam a necessidade de aumentar o seu volume de voz com a equipe (PETERS et al., 2019).

Algo semelhante foi descrito por profissionais que atendem imigrantes na cidade de São Paulo. Membros da equipe multiprofissional reprovaram o comportamento que as imigrantes bolivianas têm, e relacionaram isso ao fato de não falarem bem o Português. Eles relataram que as mulheres gritam, olham feio e se empurram. Por outro lado, as imigrantes relataram que os profissionais as tratam diferente das mulheres brasileiras, entre as muitas causas, por não as compreenderem (CASTRO; OLIVEIRA; CUSTÓDIO, 2015).

Sobre a comunicação durante o processo de parto, um estudo estadunidense entrevistou 15 imigrantes coreanas que tiveram seus partos nos estados unidos. As participantes relataram sobre a dificuldade de comunicação, como um dos fatores que mais influenciaram sua experiência de parto e cuidado perinatal. Elas não perceberam uma diferença de tratamento pelo fato de serem imigrantes, mas relataram uma limitação nas possibilidades de escolha intraparto, devido a dificuldade de comunicação. O autor também descreve como o uso da internet em tempo real e aplicativos de tradução foram a ponte para transpor essas dificuldades. Serviços de saúde que atendem a população imigrante, devem dispor de internet de boa qualidade em seu estabelecimento (SEO; KIM; DICKERSON, 2014).

No Brasil, alguns serviços que atendem mulheres imigrantes, disponibilizam para os seus profissionais aprenderem o idioma dessa comunidade, ou dão palestras sobre a cultura daquele grupo. Contudo, não são todos os profissionais que aderem, e a constância de se comunicar com um grupo de fala não portuguesa,

seja em outro idioma ou por gestos, parece irritar alguns profissionais (CASTRO; OLIVEIRA; CUSTÓDIO, 2015).

A comunicação deve ser um canal facilitador do cuidado entre enfermeira e parturiente. É o caminho de troca entre os sujeitos. Permitindo uma relação cujo propósito final é a necessidade da mulher, o que muitas vezes significa estar presente, prestar atenção, falar e gesticular, e pequenos gestos, como o contato das mãos, ou uso de uma compressa quente. Nesse sentido, a comunicação eficiente promove autonomia e independência no processo de parto (SILVA et al., 2016).

Apesar das barreiras relatadas na experiência de parto, a satisfação positiva como resposta superficial ao atendimento no parto é comum em quase todos cenários. Mulheres imigrantes também aparecem como mais satisfeitas que mulheres nativas, em relação aos serviços de saúde materna (COUTINHO et al., 2014; PETERS et al., 2019; GURZBUS et al., 2019).

A literatura mostra que em um primeiro momento essas mulheres tendem a relatar satisfação com o atendimento perinatal recebido. Contudo, quando se avalia as experiências categoricamente, mulheres imigrantes se queixam de aspectos fundamentais ao cuidado. Através de grupos focais, um estudo ouviu 106 mulheres imigrantes de baixo nível socioeconômico na Alemanha estas tiveram opiniões negativas a respeito da comunicação e dignidade, quando refletiram a fundo sobre sua vivência. Somada a uma comunicação prejudicada, a sensação de desrespeito pelos profissionais foi agravada através da interação não verbal e comentários depreciativos a comunidade ou nacionalidade que aquela mulher faz parte. Queixas pessoais, como demora no processo, presença de fluidos mal cheirosos, cansaço do profissional durante o processo, também interferiram negativamente na sensação de dignidade, respeito e empoderamento das mulheres (PETERS et al., 2019).

A satisfação com o atendimento intraparto parece não estar relacionada com a satisfação do processo de parto de mulheres imigrantes. Essa diferença de percepção é crucial para compreender a experiência dessas mulheres e não as julgas inconsistente. Autores descrevem isso pois percebe-se que há certa satisfação com o serviço hospitalar e a presença do recém-nascido no pós-parto.

Contudo, quando questionadas sobre sua experiência de parto, mulheres imigrantes contam detalhes sobre o processo de cuidado e interação com o profissional que lhe prestou assistência (PETERS et al., 2019; GURZBUS et al., 2019; HIGGINBOTTOM et al., 2015).

Se faz, então, necessário discutir sobre a o cuidado prestado pela equipe multiprofissional e a sensação de cuidado percebida pelas mulheres imigrantes. Essa diferenciação é necessária, pois dentre os percalços do processo de comunicação previamente descritos, nem sempre o cuidado realizado é o cuidado percebido. Ambos impactam na percepção da mulher sobre o seu processo de parto (PETERS et al., 2019; HIGGINBOTTOM et al., 2016; VIDAL; BARRETO; RATTNER, 2020).

A literatura aponta que em outros países, onde essas mulheres puderam escolher sua maternidade de assistência, imigrantes escolhem baseado em boas referências de conhecidos, qualidade dos serviços de hotelaria e alinhamento com o modelo de cuidado. Denotando que o serviço hospitalar externo ao momento do parto também é importante (SEO; KIM; DICKERSON, 2014; TANAKA et al., 2020).

No presente estudo, as palavras das colaboradoras para descreverem o cuidado percebido foram: “estar perto”, “preocupados”, “acalmar”, “apoio” e “passar a mão”. Semelhantemente, um estudo qualitativo que buscou conhecer a experiência de parto de mulheres sírias na Turquia, relatou que essas imigrantes também descrevem os momentos de cuidado com as referências “me acalmaram” e “se preocuparam” (KORUKU et al., 2017).

Mulheres imigrantes querem ser atendidas por profissionais que tragam segurança, encorajamento, que sejam bons ouvintes, e que comuniquem bem informação. Além de tudo, os profissionais devem ter uma atitude de respeito e acolhimento. Sentir-se segura e levada a sério é parte fundamental no cuidado a mulher imigrante pela sua situação de vulnerabilidade e fragilidade em relação ao cuidado. Em geral, essas mulheres não experimentaram cuidado em sua história recente de vida. O cuidado no momento do parto é uma ponte para uma nova perspectiva de vida (FAIR et al., 2020).

O cuidado é teoria regente da prática em enfermagem, ou seja, é indispensável falar dos cuidados de enfermagem à mulher migrante. Assistência da enfermagem a parturiente, está ligada a uma experiência de parto mais positiva e autônoma. A inserção da enfermeira obstétrica nesse cenário de atendimento tem fortalecido as boas práticas em obstetrícia, recomendadas pela OMS (DUARTE et al., 2019).

A enfermagem obstétrica tem promovido o uso de tecnologias, principalmente não-farmacológicas. Contudo, mulheres brasileiras relatam que além dessas ferramentas, sua segurança na enfermagem durante o processo de parto está na sua promoção a autonomia, protagonização e a inserção do acompanhante (ROCHA et al., 2015; DUARTE et al., 2019). “Confiança” parece ser a palavra chave na relação de parturientes migrantes e a figura do enfermeiro. Esse relacionamento de confiança se deve na entrega da mulher em mostrar-se, dizer suas necessidades e sentimentos; e na resposta da enfermeira que acolhe, aprende e responde ao pedido real da parturiente (SANTIAGO; FIGUEIREDO; BASTO, 2020).

Revisões da literatura dos últimos anos apontam que mulheres migrantes querem compaixão e um relacionamento de confiança com a equipe multiprofissional. O cuidado contínuo de uma mesma equipe por todo ciclo perinatal; a criação de vínculo; o relacionamento de confiança; e uma comunicação efetiva são fatores que demonstram estar diretamente ligados ao empoderamento, confiança e preparo para o parto. Superando inclusive as barreiras de suporte social (CROWTHER; LAU, 2019; FAIR et al., 2020; DEGRIE et al., 2020).

O vínculo e o cuidado contínuo de *midwives*, do pré-natal, ao parto e pós-parto, as possibilitou conhecer as mulheres e suas famílias, seus desejos, suas limitações. Esse atendimento somado ao cuidado de seus familiares e comunidade, trouxeram os maiores relatos de satisfação com a experiência de parir em um país estrangeiro (CROWTHER; LAU, 2019). Enfermeiras quando estabelecem vínculos com as parturientes, tem a possibilidade de traçar um plano de cuidado alinhado com as expectativas e limitações de cada família (MISSAL et al., 2016).

A presença atenta na atenção as mulheres imigrantes, permite que o enfermeiro as enxergue na sua integralidade. Ausência de pressa nesse processo é essencial, pois por muitas vezes com intuito de compreender a mulher imigrante, o profissional tem que demandar mais tempo na assistência e pesquisa. Conhecer as necessidades de um indivíduo por meio da compreensão de sua cultura, é o que a literatura descreve como sensibilidade cultural. Tal habilidade é construída e indispensável ao enfermeiro que realiza o cuidado transcultural (KURAMOTO, 2016).

Contudo, muitos profissionais que estão em contato direto com essas mulheres no Brasil desconhecem a cultura original dessas imigrantes, promovendo um distanciamento na relação com parturiente. Lidar com a origem dessas mulheres, inclui, muitas vezes, lidar com cenário de pobreza, guerra, patriarcalismo e outras políticas. Inclui enxergar os seus estigmas e preconceitos, e superá-los (CASTRO; OLIVEIRA; CUSTÓDIO, 2015; KURAMOTO, 2016; SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

A literatura internacional aponta que em outros países, profissionais que assistem o parto de mulheres imigrantes, também relatam dificuldade em obter sensibilidade cultural e promover o cuidado transcultural. Nesse sentido, pesquisas têm sido feitas para aprimorar a qualidade do atendimento e da comunicação (KORUKU et al., 2017; CROWTHER; LAU, 2019; FAIR et al., 2020; SANTIAGO; FIGUEIREDO; BASTO, 2020).

A legislação brasileira, através da Constituição, da Lei do Imigrante, Caderno de Atenção Básica da Saúde Brasileira e o Projeto de Humanização, exige que toda pessoa em solo brasileiro seja atendida em sua integralidade e diversidade, independentemente de sua etnicidade. Nesse sentido, mulheres imigrantes tem por direito voz no processo de parto, protegendo a sua cultura original. A negociação entre equipe e parturiente deve ocorrer na busca do cuidar integral (MILEV, 2020).

A humanização da assistência ao parto a mulheres imigrantes deve levar conta os aspectos sociais e culturais de cada família atendida. O seu tempo não é apressado, mas respeitoso a fisiologia da mulher e no seu processo de parir, não

interrompendo-o com intervenções desnecessárias, mas percebendo em qual direção esse processo de parto caminha. Aos profissionais cabe a gentileza de dar suporte a parturiente, inclusive o suporte científico baseado nas boas práticas de atendimento ao parto (MILEV, 2020). A presença do acompanhante se faz extremamente necessária e garantida por lei. Uma pessoa familiar que preste suporte a parturiente, é relatado com um dos grandes facilitadores do processo de parto de mulheres imigrantes (LEAL et al., 2021; SILVA; CASTRO; MONTEIRO, 2021).

Autores percebem que o processo de autonomia e empoderamento do parto acontece principalmente na atenção pré-natal. É neste momento que a mulher é nutrida de informações sobre o processo fisiológico do parto, o sistema de saúde, as características da maternidade e o cuidado oferecido (KURAMOTO, 2016; CROWTHER; LAU, 2019; LEAL et al., 2021)

O alinhamento de expectativas durante o pré-natal é essencial para uma comunicação harmoniosa entre equipe e parturiente. Mesmo com as diferenças assistenciais de seu país de origem, a mulher imigrante munida com boa informação no pré-natal é capaz de se preparar para o parto no novo país, bem como saberá quais as suas prioridades a serem defendidas dos seus costumes (CROWTHER; LAU, 2019).

Informações na língua materna também é um potencializador de segurança. Países que investiram em informação adequada a necessidade idiomática dos diferentes grupos imigrantes disponibilizam materiais impressos no idioma de suas usuárias, canais de tradução por telefone ou tradutores, e um foco maior no esclarecimento de dúvidas durante as consultas. Além disso, parturientes têm buscado canais na internet para tradução de termos, acesso a materiais no seu idioma e apoio através de comunidades multiculturais (CROWTHER; LAU, 2019; FAIR et al., 2020; TANAKA et al., 2020).

A cidade de Curitiba, por sua vez, disponibiliza a Carteira da Gestante, com informações sobre seu pré-natal, gestação, parto e amamentação nos quatro idiomas mais falados na cidade: português, espanhol, inglês e crioulo. Fomentar uma

gestante bem informada vai ao encontro com o objetivo do município de prestar uma assistência humanizada a todas as mulheres, inclusive as imigrantes. Contudo, não se encontra informações nos mesmos idiomas na atenção hospitalar (CURITIBA, 2018).

Entende-se então que a experiência de parto e nascimento das mulheres imigrantes inicia-se bem antes do momento do parto. Seus corpos pulsam a sua história, sua cultura e seu país de origem. Assim, o cuidado a essa mulher, o respeito aos seus costumes e a construção de expectativas deve começar no pré-natal.

A relação com a equipe que a assiste deve ser fundada na confiança e na compreensão de ambos os lados. É possível prestar uma assistência humanizada e individualizada as mulheres imigrantes. A comunicação inteligível, calma e respeitosa é imprescindível em todo o processo. Somente através da informação a mulher imigrante ganha segurança e autonomia sobre o seu processo de parto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi atingido. Foi possível descrever a experiências das mulheres imigrantes colaboradoras da pesquisa durante seu processo de parto e nascimento, bem como as barreiras neste processo e suas percepções acerca do cuidado recebido nos serviços.

O parto e nascimento de mulheres imigrantes é um desafio transponível na assistência humanizada ao parto. As mulheres advindas de diversos contextos carregam em si suas histórias, sua cultura, seus costumes e suas expectativas em relação ao parto, a chegada do recém-nascido e ao acolhimento no novo país.

Com este estudo espera-se contribuir com a melhoria do atendimento ao parto de baixo risco dessa população, muitas vezes realizado pela enfermagem obstétrica. Assim como outros profissionais que trabalham no contexto do parto e nascimento imigrante relatam dificuldade em compreender a diversidade cultural dessa população e como expressar o cuidado efetivamente, este estudo visa contribuir para o enriquecimento profissional através dos relatos positivos e negativos que as mulheres imigrantes relataram na sua trajetória de parto e nascimento..

Este estudo evidenciou como o cuidado de enfermagem pode ocorrer nesse cenário. A compreensão do parto, da dor, do nascimento, da sua simbologia facilita o enfermeiro a olhar a mulher imigrante com paciência e complexidade. O estar junto, a comunicação, respeito e dignidade são valores que devem ser defendidos pelo enfermeiro na assistência a parturiente imigrante.

O acompanhamento dessas mulheres durante a assistência pré-natal demonstra-se imprescindível, pois a qualidade e abrangência cultural desta interfere diretamente na experiência de parto e nascimento de mulheres imigrantes. A literatura mostra que mulheres advindas de países cujo contexto de saúde é desfavorável, tem tendência a ter uma gestação de risco. O reconhecimento de seu histórico de saúde e o desenvolver de sua gestação permite a equipe a classificar esta mulher no risco adequado.

Unidades de atenção primária poderiam facilitar o acolhimento dessa população aos serviços, oferecendo as comunidades espalhadas na cidade, promovendo ações de aprendizagem sobre o sistema único de saúde e o fluxograma de atendimento.

O pré-natal também aparenta ser o período mais favorável para preparar a mulher imigrante para o atendimento do parto. Informações traduzidas na sua língua materna podem ser disponibilizadas, favorecendo a compreensão. Também a participação de seu acompanhante de escolha pode auxiliar o processo de compreensão e esclarecimento de dúvidas.

Favorecendo esse processo a construção de um plano de parto na consulta de 37 semanas pela enfermagem pode diminuir situações inesperadas durante o trabalho de parto, promover o deslocamento da parturiente no momento ideal de internação e tornar a mulher imigrante consciente da sua participação na tomada de decisão sobre o seu parto, mesmo com diferenças idiomáticas. Também deve ser incentivada a visita da gestante e seu acompanhante a maternidade de referência, para familiarização com o serviço e ambiente.

A satisfação com o atendimento hospitalar não aparenta ser a mesma satisfação com a experiência de parto. A primeira inclui sanar necessidades humanas básicas, trazer conforto e resultar em um binômio saudável. Já a segunda inclui um processo mais dinâmico e singular, relacionado com experimentar o cuidado. Sugere-se, ainda, que maternidades disponham recursos visuais sobre as técnicas de relaxamento e métodos não farmacológicos para alívio da dor, nos principais idiomas estrangeiros.

O cuidado de enfermagem pode ser efetivo em promover suporte à autonomia da mulher imigrante, mesmo quando intervenções são necessárias. A comunicação e compreensão são aspectos do relacionamento entre parturiente e enfermeiro que facilitam a experiência de parto. Saber palavras-chaves nos idiomas estrangeiros mais recorrentes, como “respira”, “dói”, “posso tocar”, “você quer”, “bebê” e “meu nome é”, favorecem a comunicação durante o processo de parto.

Durante este estudo percebeu-se que é necessário aprimorar a capacitação de enfermeiros ao cuidado transcultural, desde sua formação acadêmica inicial, até sua especialização e educação permanente em saúde. O processo de globalização atual tende a perdurar por muitos anos os fluxos migratórios, fazendo necessário aos profissionais de saúde refletirem em como o cuidado pode ser perceptível e eficiente em diferentes culturas.

A sensibilidade cultural deve ser aprendida e refinada por todos da equipe assistencial. Ela inclui um processo pessoal de entender os valores e preconceitos do profissional. Após olhar para si, ele consegue olhar para o outro diferente, e acolhe-lo na sua diferença. Apesar de importante, prevalecem a necessidade de valorização, autonomia e comunicação para o atendimento adequado a mulheres imigrantes. Aos enfermeiros que atendem mulheres imigrantes durante seu processo de parto e nascimento, a sensibilidade cultural pode ser praticada ao reconhecer e conhecer os aspectos culturais do parto e nascimento nas diferentes culturas presentes no campo de assistência, facilitando muito comunicação e a relação com a parturiente.

Como limitações do estudo, destaca-se a interferência da pandemia de COVID-19, que se iniciou no Brasil em março de 2020, mesmo mês de início das entrevistas, limitando a execução da pesquisa. Esta virose ainda nova e desconhecida em sua totalidade teve grande impacto no cenário mundial, devido a sua transmissibilidade, rápida mortalidade e morbidade.

Com a confirmação dos primeiros casos no final de fevereiro, o sistema de saúde brasileiro começou a se organizar em março para o desconhecido impacto da pandemia no país. Neste sentido, a Maternidade Victor Ferreira do Amaral foi fechada em abril e preparada para se tornar hospital de campanha. Juntamente nesse período, a Universidade Federal do Paraná suspendeu temporariamente as suas atividades e as pesquisas de campo não relacionadas com a Covid-19. Ambos acontecimentos reduziram o acesso a potenciais colaboradoras imigrantes para pesquisa.

A pesquisadora também não pode voltar ao campo até o final de sua licença maternidade, por se tratar de grupo de risco para a doença. Em novembro, quando reiniciaram as coletas de entrevistas, os protocolos das maternidades, exigiam: que todas as gestantes, parturientes e puérperas usassem máscaras e que algumas fizessem o teste rápido de Covid-19 no internamento.

Uma das condutas mais impactantes foi o impedimento de acompanhantes no centro obstétrico durante o período pré-parto e reduzido no pós-parto imediato. Isto se deu com o intuito de reduzir a circulação de pessoas aglomeração no setor. Uma redução significativa de acompanhantes no alojamento conjunto e de pessoas que circularam no hospital naqueles meses foi percebida. O uso de máscara durante as entrevistas dificultou pouco o entendimento dos áudios gravados, não interferindo nos resultados da pesquisa.

Com base nas revisões de literatura desse estudo, percebe-se que muito pode ainda ser explorado nas pesquisas com parturientes imigrantes. Buscando equidade da assistência ao parto e nascimento novas pesquisas precisam descrever com mais detalhes os indicadores obstétricos dessa população, para que se compare com as normas nacionais e com os indicadores de mulheres brasileiras. Outras pesquisas também são necessárias para descrever a acessibilidade e o impacto de práticas educativas na atenção primária e pré-natal.

Para aprimorar a assistência ao parto e nascimento de mulheres imigrantes, são necessárias mais pesquisas que relatem os indicadores perinatais, a experiência de parto de outros grupos imigrantes e sua cultura de nascimento. Também é necessário descobrir as nuances nas barreiras que a equipe multiprofissional encontra ao atender essa população, e os enfrentamento já existentes para transpô-las.

Esta pesquisa também contribuiu para elucidação do que outras pesquisas internacionais têm contribuído em relação a temática de assistência ao parto de mulheres imigrantes. A fim de promover uma assistência integral, é preciso que novas pesquisas sejam desafiadas a relacionarem outros temas com a experiência de parto imigrante, como a saúde mental materna e a violência de gênero. Esses

temas foram recorrentes em muitos estudos na literatura e sua compreensão reflete em um cuidado mais complexo e profundo.

Mulheres imigrantes necessitam sobretudo serem acolhidas. O processo de parto é também o seu processo de renascimento no novo local, de adaptação, de construção de uma nova vida que continua hospital a fora. A boa assistência durante o processo de parto e nascimento pode ser experimentada através do cuidado de enfermagem, com boa comunicação, sensível a cultura, e acolhedor nas adversas necessidades. A mulher imigrante pode ser protagonista de sua vida, das escolhas no seu corpo, e da cultura que traz consigo, aumentando assim, a sua segurança e força, e isso também estará no consciente coletivo.

REFERÊNCIAS

AKHAVAN S. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. **Int J Equity Health**, v. 11, n. 47, p. 1-10, 2012. Disponível em: <<http://doi.org/10.1186/1475-9276-11-47>>. Acesso em: 03 jan. 2021.

ALVES, J.S. **Sorrisos em transito: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de refugiados exilados no município de são paulo**. 2013. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://10.11606/D.6.2013.tde-20082014-144129>>. Acesso em 18 nov. 2018.

ANDREZZO, H. F. D. A. **O desafio do direito a autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS**. 2016. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://10.11606/D.6.2016.tde-07112016-141429>>. Acesso em 10 dez. 2019.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, v.38, n.8, p. 415-22, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1585.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

AMROUSSIA, N. et al. "Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. **Reproductive Health**, v.14, n.32, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0290-9>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>>. Acesso em: 15 out. 2019.

BAENINGER R. Imigração boliviana no Brasil. Ed. Unicamp. Campinas, 2012.

BAKKEN, K.S; SKJELDAL, O.H; STRAY PEDERSEN, B. Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.15, n.163, p.1-12, 2015. Disponível em: <<http://10.1186/s12884-015-0603-3>>. Acesso em 05 mai. 2019.

BAKKEN, K. S.; SKJELDAL, O. H.; STRAY-PEDERSEN, B. Higher Risk for Adverse Obstetric Outcomes Among Immigrants of African and Asian Descent: A Comparison Study at a Low-Risk Maternity Hospital in Norway. **Birth**, v. 42, n. 2, p. 132-40, 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.1111/birt.12165>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

BALDISSEROTTO, M. L.; THEME FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 199-206, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>>. Acesso em: 18 ago. 2019.

BASTOS, M. H. et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, n. CD007194, p. 1-66, 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Prenatal follow-up of Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.18, n.2, p. 317-26, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200005>>. Acesso em: 06 set. 2019.

BEEK, K; MCFADDEN, A; DAWSON, A. The role and scope of practice of midwives in humanitarian settings: a systematic review and content analysis. **Human Resources for Health**, v. 17, n.5, p. 1-16, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0341-5>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BELIHU, F. B.; SMALL, R.; DAVEY, M. Trial of labour and vaginal birth after previous caesarean section: A population based study of Eastern African immigrants in Victoria, Australia. **Midwifery**, v. 46, p. 8-16, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.001>>. Acesso em: 23 set. 2019.

BENZA, S.; LIAMPUTTONG, P. Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. **Midwifery**, v.30, n.6, p. 575-84, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BERNIS, C. et al. Labor Management and Mode of Delivery Among Migrant and Spanish Women: Does the Variability Reflect Differences in Obstetric Decisions According to Ethnic Origin?. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 5, p. 918-27, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1079-7>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BOURGUIGNONA, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções Sobre Humanização Do Parto E Nascimento Nas Teses E Dissertações Brasileiras. **Saúde Soc**, v.27, n.4, p.

1230-45, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

BORGES, L.M.; JEAN-BERNARD, P. Serviço De Atendimento Psicológico Especializado Aos Imigrantes E Refugiados: Interface Entre Social, A Saúde E A Clínica. **Rev. Estudos de Psicologia**, vol. 29, n. 4, p. 577-585, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400012>>. Acesso em 08 mai. 2019.

BURGESS, A. Health Challenges for Refugees and immigrants. **Refugee Reports**, v. 25, n. 2, p. 1-3, 2004. Disponível em: <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ACB7A9B4B95ED39A8525723D006D6047-irsa-refugee-health-apr04.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BYRSKOG, U.; SMALL, R.; SCHYTT, E. Community-based bilingual doulas for migrant women in labour and birth—findings from a Swedish register-based cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03412-x>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**. Projeto parto adequado fase 1. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assuass/web_total_parto_adequado.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2019.

_____. Casa Civil. **Lei De Imigração. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS). **O terremoto e suas consequências**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/haiti/oterremotoesuasconsequencias.html>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

_____. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Complexo Hospital das Clínicas Universidade Federal do Paraná**, MVFA. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/maternidade-victor-do-amaral>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. Ministério da Educação. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Complexo Hospital das Clínicas Universidade Federal do Paraná, Hospital das Clínicas**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hc>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. Ministério da Justiça. **Relatório do Refúgio em Números**. 3ª edição. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/de-10-1-mil->

refugiados- apenas-5-1-mil-continuam-no-brasil/refugio-em-numeros_1104.pdf/view>. Acesso em: 15 jun. 2020.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Ministério da Justiça e Segurança Pública apresenta dados inéditos sobre imigração e refúgio no Brasil**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-e-seguranca-publica-apresenta-dados-ineditos-sobre-imigracao-e-refugio-no-brasil#:~:text=ref%C3%BAgio%20no%20Brasil-,Minist%C3%A9rio%20da%20Justi%C3%A7a%20e%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica%20apresenta%20dados,imigra%C3%A7%C3%A3o%20e%20ref%C3%BAgio%20no%20Brasil&text=Entre%20os%20n%C3%BAmeros%20anunciados%20est%C3%A3o,%2C%20um%20aumento%20de%20168%25>>. Acesso em: 19 jan. 2021.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Tunísia. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://www.portalconsular.itamaraty.gov.br/seu-destino/tunisia#saude>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de monitoramento de nascidos vivos segundo a Classificação de Risco Epidemiológico (grupos de Robson). Brasília, 2018. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRITANNICA ESCOLA. **Haiti in Britannica Escola, 2021a**. Disponível em: <<https://escola.britannica.com.br/artigo/Haiti/481445>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

_____. **Tunísia in Britannica Escola, 2021b**. Disponível em: <<https://escola.britannica.com.br/artigo/Tunisia/482721>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

_____. **Venezuela in Britannica Escola, 2021c**. Disponível em: <<https://escola.britannica.com.br/artigo/Venezuela/482781>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRECKENKAMP J, et al. Advanced cervical dilatation as a predictor for low emergency cesarean delivery: a comparison between migrant and non-migrant Primiparae - secondary analysis in Berlin, Germany. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n.1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<http://doi.org/10.1186/s12884-018-2145-y>>. Acesso em 20 out. 2020.

CASTRO, C. M. D.; OLIVEIRA, R. C.; CUSTÓDIO, M. C. S. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v.15, n.2, p. e59-e74, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17563>>. Acesso em: 03 set. 2020.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. **Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil: Relatório Anual 2018**. Série Migrações. Observatório das Migrações

Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMIGRA, 2018. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes-obmigra/resumo-executivo2018.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

CHAJUT, E. et al. In pain thou shalt bring forth children: the peak-and-end rule in recall of labor pain. **Psychological science**, v. 25, n. 12, p. 2266-2271, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0956797614551004>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

CORREA-VELEZ, I.; RYAN, J. Developing a best practice model of refugee maternity care. **Women and Birth**, v.25, n.1, p.13-22, 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.01.002>>. Acesso em 03 jan. 2019.

COSTANTINE, M. M.; SAADE, G. R. The first cesarean: role of “fetal distress” diagnosis. **Seminars in perinatology**, v.36, n.5, p. 379-83, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1053/j.sempreri.2012.04.023>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

COUTINHO, E.C., et al. Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, pp. 17-24, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080623420140000800004>>. Acesso em 03 jan. 2021.

CROWTHER, S.; LAU, A. Migrant Polish women overcoming communication challenges in Scottish maternity services: A Qualitative descriptive study. **Midwifery**, v. 72, p. 30-8, 2019. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.004>>. Acesso em: 12 out. 2020.

CUNHA, B. C. B.; FERNANDÉZ NIÑO; J. A. Saúde de migrantes gestantes: caso de venezuelanas na Colômbia. IX Congresso de la Asociación Latioamericana de Poblacion, 2020. Disponível em: <<https://sis.automacaodeeventos.com.br/2020/alap/sis/inscricao/resumos/0001/PPT-eposter-trab-aceito-0518-2.PDF>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana**. Curitiba, 2012. Disponível em: <[http://www.fiepr.org.br/nospodemosparana/uploadAddress/4%20-%20Eliane\[19523\].pdf](http://www.fiepr.org.br/nospodemosparana/uploadAddress/4%20-%20Eliane[19523].pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira da gestante da Família Curitibana**. Prefeitura Municipal de Curitiba, Curitiba, 2018.

DAHLKE, J. D. et al. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 209, n. 4, p. 294-306, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.043>>. Acesso em: 10 set. 2019.

DAVID, M. et al. Obstetric and perinatal outcomes among immigrant and nonimmigrant women in Berlin, Germany. **Arch Gynecol Obstet**, v. 296, n. 4, p. 745-62, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00404-017-4450-5>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.75, p. 5-23, 2001. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)>. Acesso em: 02 nov. 2020.

DAVIS-FLOYD, R.; CHEYNEY, M. **Birth in eight cultures**. 1 ed. Illinois: Editora Waveland Press Inc. 2019.

DEGRIE L, et al. 'Can you please hold my hand too, not only my breast?': The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium. **PLoS ONE**, v.15, n.7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236008>>. Acesso em: 08 out. 2020.

DEUTSCHE WELLE. Tunísia: Presidente nomeia ministro do Interior para liderar Governo. DW, 2020. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-002/tun%C3%ADsia-presidente-nomeia-ministro-do-interior-para-liderar-governo/a-54323790>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 627-37, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplina sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 253-59, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

D'GREGORIO, R. P. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.111, p. 201-2, 2010. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>>. Acesso em: 03 set. 2019.

DODD, J. M. et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.12, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004224.pub3>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

DODD, J. M. et al. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004906.pub5>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

DU, E. et al. Trends in maternal mortality in resident vs. migrant women in Shanghai, China, 2000–2009: a register-based analysis. **Reprod Health Matters**, v.20, n.39, p. 73-80, 2012. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39608-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39608-0)>. Acesso em: 14 mai. 2019.

DUARTE, M. R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enferm**, v. 24, p. 1-11, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>>. Acesso em: 10 out. 2020.

ESCUADERO, C. A voz da mulher imigrante no debate público sobre o 'Projeto pró-cesárea no SUS' em São Paulo a partir da perspectiva da comunicação intercultural. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.13, n.4, p.1-18, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1850>>. Acesso em: 16 set. 2020.

FAIR, F. et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. **PloS one**, v. 15, n. 2, p. e0228378, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

FERREIRA, E. K. **Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 2019. 105f. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://doi.org/10.11606/D.6.2019.tde-30082019-090533>>. Acesso em: 04 fev. 2020.

FGAIER, M. The Reform of the Health Care System in Tunisia. **International Journal of Perception in Public Health**, v.2, n.3, p.1-3, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Meriem-Fgaier/publication/326817935_The_Reform_of_the_Health_Care_System_in_Tunisia/links/5f3e3313a6fdcc697be8c5d9/The-Reform-of-the-Health-Care-System-in-Tunisia.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

FRANCISCO, W. C. Dados da Venezuela. **Brasil Escola, 2021**. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/geografia/dados-venezuela.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

GAGNON, R.; CHAMPAGNE-POIRIER, O. Giving Birth to Another Child: Women's Perceptions of Their Childbirth Experiences in Quebec. **Qualitative Health Research**, v.31, n.5, p.955-66, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049732320987831>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

GAMA, S. G. N. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, v.13, n.3, p. 225-33, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GELFEINSTEIN, S. R. Haiti: Por 200 Años, Objeto Del Odio Y La Rapiña De Las Potencias. Brasil De Fato. **Brasil de fato**, 2021. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/02/07/artigo-haiti-um-pais-vitima-do-odio-e-da-exploracao-das-potencias-ha-200-anos>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

GONZALES-MENDEZ, E. et al. An examination of cesarean and vaginal birth histories among Hispanic women entering prenatal care in two California counties with large immigrant populations. **Journal of immigrant and minority health**, v. 14, n. 2, p. 209-14, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1007/s10903-011-9450-0>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

GORISCH P, CHAVES M. Os Refugiados E O Direito À Saúde No Brasil. **Migração Sul-Sul**. 1ª ed: Editora Unicamp, 2018.

GUALDA, D. M.R.; CAMPOS, E. A.; SOARES, G. C. F.; SALIM, N. R.; PRAÇA, N. S. **Nascimento: perspectivas antropológicas**. 1ª ed São Paulo: Editora Icone, 2017.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C.; WEHBY, G. L. Health of Infants Born to Venezuelan Refugees in Colombia. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 23, n. 2, p. 222-31, 2021. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s10903-020-01114-2>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

GÜRBÜZ B, et al. The influence of migration on women's satisfaction during pregnancy and birth: results of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). **Arch Gynecol Obstet**, v.300, n.3, p. 555-567, 2019. Disponível em:<<http://doi.org/10.1007/s00404-019-05227-4>>. Acesso em 03 jan. 2021.

HIGGINBOTTOM, G. M. A. et al. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. **Systematic Reviews**, v.4, n.13, p. 1-30, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-13>>. Acesso em: 10 out. 2019.

HUSAROVA, V. et al. The use of pain relief during labor among migrant obstetric populations. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 135, n. 2, p.

200-4, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.05.003>>. Acesso em: 12 out. 2019.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIA EM SAÚDE (Icict/ Fiocruz). Sistema de Saúde do Haiti é tema de palestra. Fiocruz, 2011. Disponível em: <<https://www.iciet.fiocruz.br/content/sistema-de-sa%C3%BAde-do-haiti-%C3%A9-tema-de-palestra>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

KHANLOU, N. et al. Scoping Review on Maternal Health among Immigrant and Refugee Women in Canada: Prenatal, Intrapartum, and Postnatal Care. **Journal of Pregnancy**, v. 2017, Article ID 8783294, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.1155/2017/8783294>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

KIM, M. S. et al. Healthcare access challenges facing six African refugee mothers in South Korea: a qualitative multiple-case study. **Korean Journal of Pediatrics**, v.60, n.5, p. 138-44, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3345/kjp.2017.60.5.138>>. Acesso em: 06 out. 2019.

KORUKCU, O; AYDIN, R; CONWAY, J; KUKULU, K. Motherhood in the shade of migration: A qualitative study of the experience of Syrian refugee mothers living in Turkey. **Nurs Health Sci**, v.20, n.1, p.46-53, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12379>>. Acesso em 05 mai. 2019.

KURAMOTO, C. **Assistência ao parto de mulheres imigrantes: a vivência do enfermeiro obstetra/obstetriz**. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-30092016-164021/publico/CINTIAKURAMOTO.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 29 ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2018.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p.1-14, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>>. Acesso em: 03 mai. 2020.

LEAL, N. P. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p. 941-50, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

LITORP, H. et al. Disclosing suboptimal indications for emergency caesarean sections due to fetal distress and prolonged labor: a multicenter cross-sectional study at 12 public hospitals in Nepal. **Reproductive health**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2020.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-020-01039-x>>. Acesso em: 09 set. 2020.

LIU, R. et al. Does CenteringPregnancy group prenatal care affect the birth experience of underserved women? A mixed methods analysis. **Journal of immigrant and minority health**, v.19, n.2, p.415-22, 2017. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1007/s10903-016-0371-9>>. Acesso em: 27 set. 2019.

MALIN, G.L., et al. Does oral carbohydrate supplementation improve labour outcome? A systematic review and individual patient data meta-analysis. **BJOG**, v. 123, n.4, p.510-517, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13728>>. Acesso em: 03 dez. 2020.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 351-364, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n2/351-364/pt>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

MARTINS, M. S. P. **Sofrimento fetal agudo: fatores de risco e implicações**. 2020. 80f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade Beira Interior. Portugal, 2020. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10757/1/7456_15899.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MATHUR, V. A.; MORRIS, T.; MCNAMARA, K. Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis. **Social Science & Medicine**, v. 261, p. 113240, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113240>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Sistema de Saúde Pública do Haiti é insuficiente**. Porto Príncipe, 2009. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/sistema-de-saude-publica-do-haiti-e-insuficiente>>. Acesso em: 19 jan. 2021.

_____. **Dez anos após o terremoto, as estruturas de saúde do Haiti estão à beira do colapso**. Porto Príncipe, 2020. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/dez-anos-apos-o-terremoto-estruturas-de-saude-do-haiti-estao-beira-do-colapso>>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. 2ª ed. 6ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2018.

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia Prático de História Oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. 1ª ed. São Paulo: Contexto, 2011.

MELO, L. A. A. et al. Implantação de um Modelo de plano de parto em uma Maternidade de risco habitual em Curitiba-PR. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v. 4, n.2, p. 141-7, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/2446-5739.2018.v4.14027>>. Acesso em: 14 set. 2019.

MENEZES, F. R. et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. 1-14, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180664>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MERRY, L. et al. International migration as a determinant of emergency caesarean. **Women and Birth**, v.29, n.5, p. e89-e98, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.001>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

MICHAAN, N. et al. Perinatal Outcome and Financial impact of eritrean and sudanese refugees delivered in a tertiary Hospital in Tel Aviv, Israel. **IMAJ**, v. 16, n. 6, p. 371-4, 2014. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/25059000>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

MILEV, D. O direito humano à saúde reprodutiva e à assistência ao parto das mulheres imigrantes. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 79727-79739, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-412>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MISSAL, B.; CLARK, C.; KOVALEVA, M. Somali Immigrant New Mothers' Childbirth Experiences in Minnesota. **Journal of Transcultural Nursing**, v.27, n. 4, p. 359-67, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1043659614565248>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-85, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n8/2071-2085/pt/>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

NILSSON, C. et al. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. **Midwifery**, v. 31, n. 7, p. 657-63, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.003>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

OKEKE-IHEJIRIKA, P.; YOHANI, S.; MCMENEMY, C. Support programs for women survivors of sexualized gender-based violence from african conflict zones: A contextual review. **SAGE Open**, v.8, n.2, p. 1-10, 2018. Disponível em: <[doi:10.1177/2158244018784342](https://doi.org/10.1177/2158244018784342)>. Acesso em 03 jan. 2021.

OLIVEIRA, A. T. R.; CAVALCANTI, L. Potencialidades e limitações no uso dos registros administrativos: a experiência do OBMigra. **II Seminário Imigração e Emigração Internacional no Cenário de Mudanças Globais no Início do Século XXI: migração qualificada e demandantes de refúgio (apresentação)**. Belo Horizonte: PUCMINAS, junho de 2015.

OZEL, S. et al. Obstetric Outcomes among Syrian Refugees: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.40, n.11, p. 673-9, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0038-1673427>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

OWENS, C.; DANDY, J.; HANCOCK, P. Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: a qualitative study of refugee and migrant women in perth, western australia. **Women and birth**, v.29, n.2, p.128-137, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.003>>. Acesso em 10 dez. 2019.

PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde. **Caderno de Atenção ao Pré – Natal Risco Habitual**. Paraná, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf6.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3517-24, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

PETERS, I. A. et al. Satisfaction with obstetric care in a population of low-educated native Dutch and non-western minority women. Focus group research. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. 1-22, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210506>>. Acesso em: 15 out. 2020.

POSSATI, A. B.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L.; SCARTON, J. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 21, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>> Acesso em: 02 nov. 2020.

RAJ, A.; SILVERMAN, J. Violence Against Immigrant Women: the roles of culture, context, and legal Immigrant status on intimate partner violence. **Violence Against Women**, v.8, n.3, p.367-98, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.101177/10778010222183107>>. Acesso em: 20 out. 2019.

RASSJO, E. B. et al. Somali Women's' use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v.4, n.3, p.

99-106, 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.06.001>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface**, v. 13, n.1, p.595-602, 2009. Disponível em: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_icse/v4nse/scs_35.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

RAYMONDVILLE, M. et al. Barriers and facilitators influencing facility-based childbirth in rural Haiti: a mixed method study with a convergent design. **BMJ Global Health**, v.5, n.8, p. 1-10, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002526>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetricia fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogen, 2011.

RILBY, L. et al. A qualitative study of women's feelings about future childbirth: dread and delight. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.57, n.2, p.120-5, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x>>. Acesso em: 14 set. 2019.

ROBERTSON, E.K. "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 6, p.59–65, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v.38, n.3, p. 119-26, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

ROCHA, F. A. A. et al. Cuidado durante o trabalho de parto e nascimento: percepções das mães. *Rev. Rene*, v. 16, n.6, p. 782-9, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600003>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

ROSSA, L. A. Descolonização do corpo e mobilidade humana: mulheres imigrantes e a produção de saberes contra a violência obstétrica. **Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v.3, p. 1-16, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.23899/relacult.v3i3.596>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Birth after Previous Caesarean Birth. Green-top nº45, 2015. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

RUSSO, J. et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana**, v. 25, n. 2, p. 519-50, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SANTIAGO C., FIGUEIREDO M.H., BASTO M. Significados atribuídos pelas mulheres migrantes aos cuidados de enfermagem durante a vigilância da gravidez ao pós-parto. **Rev ROL Enferm**, v.43, n.1, p.146-153, 2020. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.26/31410>>. Acesso em: 03. Jan. 2021.

SANTINHO, C. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. **Fórum Sociológico**, v. 22, p. 73-81, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/sociologico.594>> Acesso em 02. Nov. 2020.

SANTOS, S. M.; ARAÚJO, O. R. **História Oral: Vozes, Narrativas e textos**. Cadernos de História da Educação. Nº 6 – jan/dez. 2007.

SEO, J.Y., KIM, W., DICKERSON, S.S. Korean Immigrant Women's Lived Experience of Childbirth in the United States. **JOGNN**, v.43, n.3, p.305-317, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12313>>. Acesso em 03 jan. 2021.

SILVA, D. N. Crise na Venezuela. **Brasil Escola**, 2019. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/historia-da-america/crise-na-venezuela.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

SILVA, R. L. V. et al. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.10, n.12, p.4474-80, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11512/13392>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

SILVA, S. R. O.; CASTRO, C. M.; MONTEIRO, I. F. Da Síria ao Brasil. **Idéias**, v.12, p.1-28, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.20396/ideias.v12i00.8658527>>. Acesso em: 14 mai. 2021.

SILVA, W. B. et al. Educação em Saúde acerca da prevenção da violência obstétrica: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.11, n.14, p.1-6, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e1163.2019>>. Acesso em: 11 set. 2020.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SINGH, P.; GUPTA, M. Effect of severe and non severe preeclampsia on perinatal outcome—A comparative study. **Indian Journal of Obstetrics and Gynecology**

Research, v. 7, n. 3, p. 335-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18231/j.ijogr.2020.072>>. Acesso em: 07 set. 2020.

SMALL, R. et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n.152, p. 2-17, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 204-18, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

TAN, H. S.; HABIB, A. S. The optimum management of nausea and vomiting during and after cesarean delivery. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v.34, n.4, p. 735-47, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.012>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

TANAKA, K. et al. Perception of childbirth experiences of Japanese women in Bali, Indonesia: a qualitative study. **BMC pregnancy and childbirth**, v.20, n.1, p.1-13, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03466-x>>. Acesso em: 02 fev. 2021.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. Da expectativa à experiência: humanização do parto no Sistema Único de Saúde. **Interface**, v.22, n.65, p.399-410, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926>>. Acesso em: 22 out. 2019.

TOBIN, C. MURPHY- LAWLESS, J; BECK, C, T. Childbirth in exile: Asylum seeking women's experience of childbirth in Ireland. **Midwifery**, v. 30, n.7, p. 831–838, 2014. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.012>>. Acesso em 10 dez. 2019.

TROJANO, G. et al. Vaginal Birth After Caesarean Section (VBAC): Possible Antenatal Predictors of Success and Role of Ultrasound. In: MALVASSI, A. (eds) **Intrapartum Ultrasonography for Labor Management**, p. 489-498, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-57595-3_41>. Acesso em: 24 mai. 2021.

UNITED NATIONS. The United Refugee Agency. **Pregnant women flee lack of maternal health care in Venezuela**. 2019. Disponível em: <<https://www.unhcr.org/news/stories/2019/7/5d3723374/pregnant-women-flee-lack-maternal-health-care-venezuela.html>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. The United Refugee Agency. **New York Declaration for Refugees and Migrants**. New York, 2016. Disponível em: <[https://www.unhcr.org/new-york-declaration-for-refugees-and-migrants.html#:~:text=On%20September%2019%2C%202016%2C%20the,Declarati on%20for%20Refugees%20and%20Migrants.&text=It%20has%20paved%20the%20 way,safe%2C%20orderly%20and%20regular%20migration](https://www.unhcr.org/new-york-declaration-for-refugees-and-migrants.html#:~:text=On%20September%2019%2C%202016%2C%20the,Declarati on%20for%20Refugees%20and%20Migrants.&text=It%20has%20paved%20the%20 way,safe%2C%20orderly%20and%20regular%20migration>)>. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. United Nations Development Program. **Transforming our World: the 2030 agenda for sustainable development**. Geneva, 2015. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

VIDAL, Á. T.; BARRETO, J. O. M.; RATTNER, D. Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.44, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.164>>. Acesso em: 24 mai. 2021.

VILLALBA, J. A. The Challenges Of Restructuring Health Care In Venezuela. **The Lancet**, v.392, n.10144, p. 278-9, 2018. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31384-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31384-9)>. Acesso em: 01 fev. 2020.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, v.12, n.1, p. 90-114, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

WALDMAN; T.C.; MORALES, M.A.B. Entre trajetórias e memórias: mulheres migrantes e a luta por direitos na coleção de história oral do museu da imigração de são Paulo. SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13TH WOMEN'S WORLD CONGRESS (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499437682_ARQUIVO_artigo_TatianaCW.pdf>. Acesso em 20 out. 2020.

WANG, E. Requests for cesarean deliveries: the politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. **Social Science & Medicine**, v. 173, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.032>>. Acesso em: 10 out. 2019.

WEIDLE, W. G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.46-53, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

WINGERT, A. et al. Clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean delivery rates: Systematic Review & Meta-Analysis. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2689-5>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

WHO. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 326, n. 8452, p.436-437, 1985. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)>. Acesso em: 02 nov. 2020.

WHO. Care in normal birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, 1996. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/>. Acesso em: 03 dez. 2019

WHO. Women on the Move: Migration, Care Work and Health. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259495/WHO-FWC-GER-17.2-eng.pdf;sequence=1>>. Acesso em 05 nov. 2020.

WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Evidence base. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>>. Acesso em 02 nov. 2020.

WHO. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 out. 2019.

YAJAHUANCA, R. S. A. **A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo- Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). 2015. 196f. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-13112015-105147/publico/RosarioDelSocorroAvellanedaYajahuancaREVISADA.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

APÊNDICE 1 – DADOS DOS COLABORADORES MULHERES IMIGRANTES QUE TIVERAM EXPERIÊNCIAS DE PARTO E NASCIMENTO NA MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL.

		INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DAS COLABORADORAS IMIGRANTES			
1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
nº da participantes:					
Código:					
2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Nome completo:					
Idade:			Profissão:		
Nome do acompanhante:					
Língua materna:			Idioma escolhido:		
Endereço:					
Telefone: ()			E-mail:		
País de Procedência:			Tipo de visto:		
Ano de migração:					
3. DADOS CLÍNICOS					
Paridade: G__ P__ C__ A__			Data do parto: __/__/__		
Idade gestacional no parto:					
Peso ao nascer:			Em alojamento conjunto:		
4. DADOS DA ENTREVISTA					
() Aceitou participar da pesquisa			Local da entrevista: sala _____		
() TCLE preenchido			Data: __/__/__ Hora: __: __		
			Acompanhada de: _____		
Devolutiva de transcrição					
Via: email () documento impresso (), local: _____					
Data: __/__/__ hora: __: __ Aprovação: () sim () não*					
*se a devolutiva não foi aprovada, o texto será corrigido e uma nova devolutiva será marcada no dia: __/__/__ hora: __: __ local: _____					

Devolutiva de narrativa

Via: email (☐) documento impresso (☐), local: _____

Data: ____/____/____ hora: ____:____ Aprovação: (☐) sim (☐) não*

*se a devolutiva não foi aprovada, o texto será corrigido e uma nova devolutiva será marcada no dia: ____/____/____ hora:____:____ local:

FONTE: Autora (2020).

APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PARTO E NASCIMENTO

	ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PARTO E NASCIMENTO DAS COLABORADORAS IMIGRANTES	
1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
nº da participantes:		
Código:		
2. CHECK LIST DA ENTREVISTA		
() Conferir ambiente privado na sala () Conferir dados de identificação () Explicar novamente objetivos e método da entrevista () Explicar a voluntariedade da pesquisa, direitos do participantes e direito a desistência () TCLE preenchido		
3. PERGUNTAS PRINCIPAIS		
1. Conte como foi a sua experiência de parto: do momento antes de vir a maternidade, do atendimento na maternidade quando chegou, do tempo antes do bebê nascer, do nascimento e depois do nascimento. 2. Como você se sente em relação a sua experiência?		
4. PERGUNTAS DE AUXÍLIO		
1. Me conte como foi a chegada no hospital? 2. Como você foi atendida até o nascimento do seu filho (a)? 3. Como foi o momento do nascimento? 4. Como você foi atendida depois do nascimento do seu filho (a)? 5. Quais os sentimentos que vêm nessa lembrança? 6. Quais foram as facilidades e dificuldades? 7. Qual o seu sentimento agora? Porque?		

FONTE: Autora (2020).

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CHC UFPR (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CHC UFPR (TCLE)

Nós, Professora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula de Souza, Professora Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, alunas Daysa Araújo Ferreira Pinto, Evelyn Eskelsenn de Souza e Lilian Salem Supimpa, respectivas docentes e alunas da graduação e programa de pós-graduação de Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, mulher imigrante, que teve experiência de parto no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná a participar de um estudo intitulado **“Cuidado à Mulher no Processo de Parto e Nascimento na Perspectiva da Diversidade Cultural”**. Nossa pesquisa almeja aperfeiçoar o acolhimento e atendimento de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento.

O estudo do qual você está sendo convidada a participar tem como objetivo: Descrever o cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva da diversidade cultural.

Caso a Senhora aceite participar da pesquisa, você será convidada durante seu internamento no alojamento conjunto da maternidade para fazer uma entrevista com uma das pesquisadoras em dia e horário conforme sua disponibilidade em sala privativa. Caso a Senhora não esteja mais internada, uma das pesquisadoras poderá entrevista-la no ambiente seguro de sua casa, conforme a sua disponibilidade de dia e hora. Durante a entrevista, a Senhora será convidada a relatar sua experiência de parto e nascimento. As entrevistas serão gravadas e o material transcrito será entregue a senhora para aprovação do texto. Pedimos que a participante nos permita utilizar as informações de contato telefônico para entrarmos em contato para a devolutiva do material.

Para tanto você deverá comparecer no local combinado com a pesquisadora para a realização da entrevista, o que levará aproximadamente 30 minutos. A entrevista será gravada em áudio e depois será transcrita pelas próprias pesquisadoras.

É possível que a Senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de declarar suas vivências durante o seu trabalho de parto, durante a entrevista. Caso isso ocorra, você terá a total liberdade de desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são a compreensão de parte da diversidade cultural e o diagnóstico de barreiras no acolhimento da população migrante atendida no Complexo Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Essa pesquisa também busca melhorar o atendimento às mulheres migrantes no parto, bem como os indicadores de resultados obstétricos e neonatais dessa população. Também pode promover melhor relacionamento político-social entre a população migrante e os dispositivos de saúde pública e profissionais que atendem a população, facilitando a adaptação de indivíduos migrantes no país, assim como sua relação de confiança com o país.

Os pesquisadores Silvana Regina Rossi Kissula de Souza, Daysa Araújo Ferreira Pinto, Evelyn Eskelsenn de Souza e Lilian Salem Supimpa responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná - Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170 no horário de 09:00 – 16:00, de segunda à sexta - feira e em seus respectivos e-mails, skissula@gmail.com, dayaafp15@gmail.com, evelyneskelsenn.desouza@gmail.com, liliansalems@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone, (41) 99933-2068 disponível nas 24 horas, com acesso direto com o pesquisador envolvido.

Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se a Senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como as pesquisadoras Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Tatiane Herreira Trigueiro, Daysa Araújo Ferreira Pinto, Evelyn Eskelsenn de Souza e Lilian Salem Supimpa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

Os materiais obtidos, como entrevistas e gravações, serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão destruídos ou descartados ao término do estudo, dentro de 36 meses.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como transporte dos pesquisadores e material de escritório, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome completo, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, __/__/____

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MVFA (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MVFA (TCLE)

Nós, Professora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula de Souza, ProfDra Tatiane Herreira Trigueiro, alunas Daysa Araújo Ferreira Pinto, Evelyn Eskelsenn de Souza e Lilian Salem Supimpa, respectivas docentes e alunas da graduação e programa de pós graduação de Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, mulher imigrante, que teve experiência de parto na Maternidade Victor Ferreira do Amaral a participar de um estudo intitulado **“Cuidado à Mulher no Processo de Parto e Nascimento na Perspectiva da Diversidade Cultural”** Nossa pesquisa almeja aperfeiçoar o acolhimento e atendimento de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento.

O estudo do qual você está sendo convidada a participar tem como objetivo: Descrever o cuidado à mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva da diversidade cultural.

Caso a Senhora aceite participar da pesquisa, você será convidada durante seu internamento no alojamento conjunto da maternidade para fazer uma entrevista com uma das pesquisadoras em dia e horário conforme sua disponibilidade em sala privativa. Caso a Senhora não esteja mais internada, uma das pesquisadoras poderá entrevista-la no ambiente seguro de sua casa, conforme a sua disponibilidade de dia e hora. Durante a entrevista, a Senhora será convidada a relatar sua experiência de parto e nascimento. As entrevistas serão gravadas e o material transcrito será entregue a senhora para aprovação do texto. Pedimos que a participante nos permita utilizar as informações de contato telefônico para entrarmos em contato para a devolutiva do material.

Para tanto você deverá comparecer no local combinado com a pesquisadora para a realização da entrevista, o que levará aproximadamente 30 minutos A entrevista será gravada em áudio e depois será transcrita pelas próprias pesquisadoras.

É possível que a Senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento de declarar suas vivências durante o seu trabalho de parto, durante a entrevista. Caso isso ocorra, você terá a total liberdade de desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são a compreensão de parte da diversidade cultural e o diagnóstico de barreiras no acolhimento da população migrante atendida na Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Essa pesquisa também busca melhorar o atendimento às mulheres migrantes no parto, bem como os indicadores de resultados obstétricos e neonatais dessa população. Também pode promover melhor relacionamento político-social entre a população migrante e os dispositivos de saúde pública e profissionais que atendem a população, facilitando a adaptação de indivíduos migrantes no país, assim como sua relação de confiança com o país.

Os pesquisadores Silvana Regina Rossi Kissula de Souza, Tatiane Herreira Trigueiro, Daysa Araújo Ferreira Pinto, Evelyn Eskelsenn de Souza e Lilian Salem Supimpa responsáveis por este

estudo poderão ser localizados Universidade Federal do Paraná - Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170 no horário de 09:00 – 16:00, de segunda à sexta - feira e em seus respectivos e-mails, skissula@gmail.com, dayaafp15@gmail.com, evelyneskelsenn.desouza@gmail.com, liliansalems@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone, (41) 99933-2068 disponível nas 24 horas, com acesso direto com o pesquisador envolvido.

Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se a Senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como as pesquisadoras Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Tatiane Herreira Trigueiro, Daysa Araújo Ferreira Pinto e Lilian Salem Supimpa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

Os materiais obtidos, como entrevistas e gravações, serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão destruídos ou descartados ao término do estudo, dentro de 36 meses.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como transporte dos pesquisadores e material de escritório, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome completo, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, __/__/____

APÊNDICE 5 – CARTA DE CESSÃO

CARTA DE CESSÃO*

Curitiba, _____ de _____

Eu, _____,
estado civil _____, RG _____, declaro, para devidos fins, que
cedo os direitos da entrevista, transcrita e autorizada para a leitura na data _____,
para utilização pela Universidade Federal do Paraná na dissertação de Mestrado da aluna Lilian
Salem Supimpa e artigos produzidos por ela e pela Professora Dra. Silvana R.R. Kissula Souza.

Permito a utilização da entrevista integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou
citações, desde a presente data, ficando vinculado o controle à professora do Departamento de
Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que te a guarda da mesma.

Abdicando direitos nossos e de nossos descendentes, subscrevemos a presente.

(Nome e Assinatura da Colaboradora)

(Pesquisadora do Mestrado Lilian Salem Supimpa)

Prof. Dra. Silvana R.R. Kissula Souza

*Adaptado de Meihy e Holanda (2018)