

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**VIOLÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA EM MULHERES MIGRANTES NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG**

BADR ABOU DEHN PESTANA

Uberlândia – MG

Abril, 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**VIOLÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA EM MULHERES MIGRANTES NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG**

BADR ABOU DEHN PESTANA

Nome da orientadora: PROFA. DRA. VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do
Curso de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Uberlândia,
para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Uberlândia – MG

Abril, 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**VIOLÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA EM MULHERES MIGRANTES NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG**

BADR ABOU DEHN PESTANA

PROFA. DRA. VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA
Nome da orientadora IGUFU

Homologado pela Coordenação do Curso de Saúde Coletiva em
/ ____/ ____.

PROFA. DRA. VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA
Coordenadora do Curso

Uberlândia – MG
Abril, 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**VIOLÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA EM MULHERES MIGRANTES NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG**

BADR ABOU DEHN PESTANA

Aprovado pela Banca Examinadora em ____/____/____.

Nota:

Profa. Dra. Marrielle Maia Alves Ferreira
Membro Titular 1

Profa. Ms. Kelly Karoline Ferreira Moraes de Sá
Membro Titular 1

Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Uberlândia, 24 Abril de 2024

“Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando as correntes dela forem muito diferentes das minhas.” (Audre Lorde)

Dedico este trabalho a todas as mulheres que migram, cujas jornadas pelo mundo são afetadas em cada etapa desse processo simplesmente por serem mulheres. Que suas existências sejam honradas e respeitadas em toda a sua plenitude. Em especial, às mulheres refugiadas que me antecederam, todas as suas trajetórias e percursos que pavimentaram o caminho para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

“Não há sol a sós” (Arnaldo Antunes).

Aos amigos espirituais que me amparam e me guiaram para que eu pudesse trilhar todo o caminho que percorri até aqui, por se fazerem presente a cada respirar da minha existência.

À minha mãe Akeber, por me fazer ser livre para ir em busca do que meu coração almeja, me ensinar a autonomia e a liberdade que toda mulher deveria ter, por também ser acolhimento singular e inconfundível, aconchego e suporte nos dias em que o corpo se esgota e a mente se exaure. Você é a maior referência de revolução e gentileza que eu poderia ter, obrigada por todos os abraços de proteção, pela doçura ao me ouvir, por sempre acreditar em mim e me fazer compreender e enxergar o lado mais luminoso da humanidade. Mãe, você é a minha inspiração para relatar sobre maternidade e seus cuidados, amo e me orgulho de vir de uma mulher como você.

Ao meu pai Almir, por quem guardo meu amor infinito, por todo seu cuidado, empenho e dedicação por mim e por nossa família, você cultivou em nós toda ternura que existe em você e fez com que germinasse nossa cumplicidade, respeito e amor genuíno. Por todas as vezes que, mesmo cansado, foi ombro para o meu choro, esperança para os meus sonhos e sorriso afetuoso para as minhas incertezas, capaz de anestesiá qualquer dor que me invadissem. Devo a você toda a profundidade do meu amor e meu lado mais sensível e sutil para lidar com o próximo.

Aos meus irmãos, Vinícius, Danilo e Nur, com quem pude dividir a infância e construir as melhores memórias da minha vida, por todas as nossas aventuras, segredos compartilhados, brincadeiras, sorrisos e momentos que fazem parte da construção de quem eu sou. Grata pela dádiva que me proporcionam pela companhia e existência de vocês e por sempre me lembrarem que eu nunca estou só.

À minha querida professora e orientadora Dra. Vivianne Peixoto, por todo apoio, dedicação, empenho, paciência e solidariedade que dispendeu para que essa pesquisa fosse realizada, como também para a toda a construção da minha caminhada acadêmica, que transcendeu as relações entre professora e aluna e se transformou em vínculos afetivos extremamente significativos para mim. Obrigada por me inspirar e me ensinar tanto sobre as pautas sociais e sobre a vida. Grata por cada palavra, pelo acolhimento, por sua gentileza ímpar e tantos ensinamentos que me motivam reivindicar sempre a dignidade e respeito com todos os seres humanos.

Aos professores e amigos Dr. Jean Ezequiel e Dr. Boscolli Barbosa por sempre me inspirarem dentro do curso que escolhi seguir, sendo exemplos de caráter, retidão e profissionalismo que tanto contribuíram para meu crescimento pessoal e acadêmico.

À minha artista e grande amiga Luísa Malta, que tive o privilégio de dividir minha vida em Uberlândia. Luísa, considero nossa amizade um reencontro de almas. Obrigada por tudo o que compartilhamos, pelas confidências, pelas noites em claro conversando e dividindo os mais íntimos anseios de nossas vidas, por me entender somente pelo olhar e ser um dos pilares fundamentais na minha existência e no percurso da minha graduação. Luísa, obrigada por ser família.

À Rubia Zélia por todos nossos diálogos, pelo companheirismo por ser um exemplo de caráter, coragem e transparência para os meus dias. Por todo seu apoio inabalável e sua generosidade que me reergueram em tantos momentos. Obrigada por enxergar o meu íntimo e me mostrar o quão bom é ter pessoas como você ao meu lado.

À Vanessa Cristina Tavares da Silva, por ser minha parceira e confidente fiel, que me acompanhou durante toda a jornada acadêmica, dividiu muitos trabalhos e noites de estudo. Cada palavra amiga foi um bálsamo para minha alma, me encorajando a seguir em frente. Obrigada por ser meu apoio constante e minha rocha nos momentos difíceis. Sua presença foi verdadeiramente essencial em toda essa trajetória.

Aos meus amigos e companheiros de graduação Whaisenhouver Resende, Kesia Fula e Ana Carla Medeiros, por sempre serem luz em meu caminho e fonte constante de sorrisos e graça em meus dias, por todas as nossas reflexões sobre a vida e política que me engradeceram e alimentaram minha alma.

Aos amigos e equipe do Programa Escola Água Cidadã com quem tive a honra de compartilhar o ato sublime de educar. Dividir meus dias e as salas de aulas com vocês engrandeceu meu espírito e foram, por diversas vezes, meu refúgio seguro e âncora para os meus dias. Gratidão pela transformação contínua que me proporcionaram.

À família Viana Alves, José Osmildo, Maria Eliana, Tainá, Sara e especialmente Cauê, por me receberem e me acolheram como parte de seu lar, o cuidado, atenção e ternura que me dispenderam, foram farol em meio à escuridão nos momentos em que me vi desamparada e perdida. Obrigada por serem bússola, porto seguro e conforto, vocês desempenharam um papel muito significativo em minha vida. Os guardo com muito carinho e profunda consideração.

À todas as meninas com quem compartilhei o espaço que chamei de lar durante meus dias em Uberlândia, todos os momentos, risadas, apoio mútuo, conversas de madrugada, passeios e almoços de domingo, me fortaleceram a cada dia e tornaram minha experiência aqui

mais feliz e leve.

À CAPES pelo aporte financeiro que viabilizou a efetivação da presente pesquisa.

Ao Trabalho de Apoio a Migrantes Internacionais, cuja a dedicação e trabalho transformou a vida de tantos imigrantes e refugiados em Uberlândia, expresse meu sincero agradecimento pela parceria e apoio que possibilitaram o acesso e o compartilhamento das histórias das mulheres.

Por fim, agradeço às meninas da época da escola, por nossas trocas e por suas confissões pessoais que me fizeram perceber, logo na adolescência, como o mundo às vezes pode ser implacável com as mulheres que escolhem o caminho da maternidade e do parto.

Encerro meus agradecimentos com as falas de Rubem Alves: “Talvez não cheguei aonde planejei ir. Mas cheguei, sem querer, aonde meu coração queria chegar, sem que eu o soubesse.” O meu muito obrigada a todos que participaram desse processo, sou feliz pela eternidade por ter convivido com cada um de vocês.

“Para mudar o mundo é preciso
primeiro mudar a forma de nascer”

(ODENT, 2002, p. 69)

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica e ginecológica é caracterizada por atos de dominação e desrespeito do corpo feminino, podendo acontecer nas diferentes etapas de gestação, parto e puerpério e está presente na realidade de diversas mulheres do mundo. Entretanto, mulheres migrantes tornam-se mais passíveis visto os entraves socioculturais que potencializam suas vulnerabilidades. **Objetivo:** Identificar e qualificar as experiências de violência ginecológica e obstétrica em mulheres migrantes em atendimentos realizados nos serviços de saúde no Brasil. **Métodos:** Selecionou-se 5 mães, de nacionalidades venezuelana e síria. O recrutamento ocorreu pela parceria com uma ONG local, localizado em Uberlândia/MG. Aplicou-se entrevistas semiestruturadas, constituídas por um roteiro temático. A operacionalização dos dados deu-se por: pré-análise; codificação, classificação e categorização; e interpretação dos resultados. **Resultados:** Através da escuta, foi possível identificar diversos fatores sociais nas falas das mulheres e produzir interpretações de suas narrativas. Foram relatadas violências físicas, verbais, psicológicas e de negligência. A incompreensão da língua local foi um fator reconhecido como maior dificuldade relatada por todas as entrevistadas. Em relação ao entendimento sobre violência obstétrica e ginecológica, 60% das mulheres não sabiam do que se tratava. Outro fator apresentado por 40% das mulheres, foi a falta de reconhecimento ao vivenciar uma violência. **Considerações Finais:** Foi possível relatar e conhecer mais profundamente as diferentes vivências de mulheres migrantes no âmbito da violência ginecológica e obstétrica, identificando a necessidade de autonomia e conhecimento sobre o tema, para fortalecer seus direitos como cidadãs e mulheres, como também a demanda por capacitação e escuta qualificada dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Migrações Internacionais; Migração e Saúde; Saúde Pública; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric and gynecological violence is characterized by acts of domination and disrespect towards the female body, occurring during different stages of pregnancy, childbirth, and postpartum, and is present in the reality of many women worldwide. However, migrant women become more susceptible due to the socio-cultural barriers that exacerbate their vulnerabilities. **Objectives:** To identify and qualify the experiences of obstetric and gynecological violence in migrant women in healthcare services in Brazil. **Methods:** Five mothers, of Venezuelan and Syrian nationalities, were selected. Recruitment was done through a partnership with the International Migrants Support Work, located in Uberlândia/MG. Semi-structured interviews were conducted, consisting of a thematic script. Data operationalization was performed through pre-analysis, coding, classification, and categorization, as well as interpretation of results. **Results:** Through listening, it was possible to identify various social factors in the women's statements and produce interpretations of their narratives. Physical, verbal, psychological, and neglectful violence were reported. Lack of understanding of the local language was recognized as the major difficulty reported by all interviewees. Regarding understanding of obstetric and gynecological violence, 60% of the women were unaware of what it entailed. Another factor presented by 40% of the women was the lack of recognition when experiencing violence. **Final Considerations:** It was possible to report and gain a deeper understanding of the different experiences of migrant women regarding gynecological and obstetric violence, identifying the need for autonomy and knowledge on the subject to strengthen their rights as citizens and women, as well as the demand for training and qualified listening from healthcare professionals.

Keywords: international migration; migration and health; public health; women's health.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. METODOLOGIA.....	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
3.1. Contato com os profissionais e unidades de saúde para realização do pré-natal	22
3.2. Parto: Acolhimento <i>versus</i> Dificuldades e Violências.....	28
3.3. Puerpério: Da atenção ao cuidado às negligências	32
3.4. Diferenças culturais entre o país de origem e o Brasil.....	34
3.5. (Des)conhecimentos sobre violência ginecológica e obstétrica (VGO)	36
3.6. Percepções sobre vivências de violência ginecológica e obstétrica.....	36
3.7. Anseios e expectativas das mulheres migrantes.....	37
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE I.....	44

1. INTRODUÇÃO

“Violência contra a mulher refere-se a qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ONU).

Diversas são as formas de violência contra as mulheres, que pode ser realizada pelo parceiro íntimo, pela sociedade de forma geral e/ou, por profissionais de saúde que prestam atendimentos, em algum momento da vida da mulher (ZANARDO *et al*, 2017; RATES, 2021).

Embora variados em suas manifestações, todos os tipos de violência contra a mulher revelam um fenômeno social que viola os direitos humanos. A violência Ginecológica e Obstétrica (VGO) pode se apresentar de diversas formas, desde agressões verbais, físicas, psicológicas, sexuais, até a imposição de procedimentos médicos desnecessários ou sem respaldo científico por parte dos profissionais de saúde, como ilustrado no quadro 2 abaixo. Independentemente da forma assumida, em todas essas situações, a mulher perde sua autonomia sobre seu próprio corpo e seus processos reprodutivos.

Quadro 2 – Tipos de violência ginecológica e obstétrica e suas manifestações.

Tipo de Violência	Formas de manifestação
Física	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar soro com ocito sem necessidade;- Episiotomia;- Empurrar a barriga para facilitar a saída do bebê;- Uso de fórceps;- Privação de comida ou água;- Impedir de se movimentar ou escolher a posição em que quer parir; Forçar um parto cesariano sem indicação;- Impedir que a mulher grite ou se expresse.
Verbal	<ul style="list-style-type: none">- Falas constrangedoras e ofensivas à mulher, em relação à sua sexualidade, número de filhos, cor, religiosidade ou escolhas em relação ao parto.
Psicológica	<ul style="list-style-type: none">- Qualquer ação por parte da equipe de saúde que faça a mulher se sentir infantilizada, inferior, insegura, abandonada ou vulnerável.
Sexual	<ul style="list-style-type: none">- Realizar exames de toque vaginal em excesso;- Esfregar ou apresentar os órgãos sexuais;- Piadas ou uso de expressões de conteúdo sexual;- Gestos ou palavras, de caráter sexual.
Negligência	<ul style="list-style-type: none">- Dificultar ou colocar obstáculos no acesso ao atendimento da mulher em qualquer momento da gravidez e do parto (como deixar esperando com dor ou apresentando sangramentos).- Impedir a entrada de um Acompanhante;

Elaboração: Elaborada pelas autoras em 2024 a partir da Cartilha “Violência obstétrica” Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul (2021).

A violência obstétrica (VO) se caracteriza por atos de dominação do corpo feminino, nas diferentes etapas de gestação, durante o parto e no puerpério, e se diferenciam entre verbal, física e psicológica. Tais atitudes abusivas de violação à integridade física e mental da mulher, geram danos em múltiplas dimensões da saúde feminina, à exemplo da vida sexual e reprodutiva, segundo relatos de Amorim (2019), em entrevista para a Revista Radis da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na qual se refere à obstetrícia como um ramo misógino, machista e patriarcal.

Um dos tipos de VGO está relacionada à escolha do parto pelos profissionais de saúde. De acordo com dados da prefeitura do município de São Paulo, somente no ano de 2015, 75% do total de internações hospitalares entre os imigrantes foi devido ao processo de gravidez, parto e puerpério, com uso abusivo da cesárea, e a cultura da patologização do parto natural, o que implicam diretamente na interferência da decisão das mulheres no tipo de parto que gostariam de realizar (AGUIAR *et al.* 2015).

Essa situação revela não apenas uma cultura médica já defasada, mas também sofre influências político-econômicos e históricos no âmbito da saúde, bem como observa-se a diminuição do protagonismo da mulher ao desvalorizar uma capacidade inata em favor da competência do profissional médico (NICIDA, *et al.*, 2020; STUART, 2022).

Alguns profissionais de saúde trabalham com o processo de gestação, parto e puerpério, de forma majoritariamente biológica e hospitalocêntrica, ou seja, com aplicação de técnicas focadas em intervenções medicalocêntricas em que na maioria dos casos, não se respeita o processo natural do parto, as necessidades da mãe e do bebê (NICIDA, *et al.* 2020), onde há, inclusive a patologização (transformar em doença) dos procedimentos naturais, enfatizando técnicas intervencionistas muitas vezes desnecessárias e desconsiderando a individualidade das pacientes (LADEIRA e BORGES, 2022; LEITE, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estipula uma taxa de 10% a 15% de realizações de cesarianas (ELY, 2017). Tal índice se deve à exposição de mulheres e bebês a possíveis complicações de saúde a curto e longo prazo, que pode ocorrer na intervenção cirúrgica, quando realizada de forma antecipada e sem indicação (OPAS, 2021). No Brasil as taxas de cesarianas representam 55,7% do total de partos realizados e ocupam o segundo maior índice mundial segundo Betran, (2021), o que ultrapassa 5,5 vezes o limite estipulado pela OMS.

Além do parto cirúrgico, Yajahuanca (2015) aponta outra forma de violência obstétrica que ressalta no método da episiotomia ¹ durante o parto natural, com a justificativa de auxílio, mesmo sem comprovações científicas de seus benefícios para a saúde da mulher e, em muitos casos, sem ao menos informar ou questionar a paciente quanto a sua realização, o que fortalece o abuso de poder sobre a mulher e potencializa a violência praticada contra as pacientes. No caso de parturientes bolivianas – que culturalmente buscam o parto vaginal -por exemplo, essa prática se baseia numa noção preconceituosa de que seus bebês são maiores e que o procedimento as ajudará no momento do parto, transformando o processo natural em uma apropriação do corpo feminino e de seus anseios (YAJAHUANCA, 2015).

Violência Ginecológica e obstétrica e migrações internacionais

Por anos, a tendência crescente dos deslocamentos forçados tem sido uma constante no panorama da mobilidade humana internacional. No Brasil, a Lei nº 9.474, promulgada em 22 de julho de 1997, foi reconhecida como uma inovação notável, especialmente devido à sua definição progressista de refugiado, harmonizando-se com os principais referenciais internacionais e regionais sobre o assunto, fazendo com que os deslocamentos internacionais forçados emergesse como um tema de destaque incontestável na agenda política global, com repercussões significativas no contexto regional latino-americano e, especialmente, no Brasil. (CAVALCANTI, OLIVEIRA, e SILVA, 2022; BRASIL, 1997).

No entanto, a Lei nº 9.474/97 não foi acompanhada por políticas públicas eficazes de permanência e assistência para os migrantes internacionais que lhes assegurassem os direitos econômicos, sociais e culturais, ao trabalho, à saúde, à educação e a redução da discriminação dessa população (MILESI e CARLET, 2006).

Com isso, a nova Lei da Migração, Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017, vem para revogar o antigo Estatuto do Estrangeiro e assegurar a equidade no tratamento e nas oportunidades para migrantes, promovendo a inclusão social e no mercado de trabalho como também estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para a população migrante (BRASIL, 2017). Isso se reflete em um aumento significativo do número de refugiados no

¹ Episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste em uma incisão no períneo (região entre o ânus e a vagina) à priori, para “facilitar” a passagem do bebê no final do período expulsivo em partos vaginais. Fonte: Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2018). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo- parte-ii-episiotomia> A técnica foi inicialmente proposta por Ould, em 1742 e tornou-se popular nos Estados Unidos (EUA) a partir dos anos 1920 (FRANKMAN, et al, 2009).

Brasil. Com base nos dados da OBMIGRA (2022), observa-se que o número de solicitações de reconhecimento da condição de refugiado registrou um crescimento expressivo nos anos seguintes à promulgação da lei, totalizando 79.831 pedidos em 2018 e 82.552 em 2019, com destaque para as nacionalidades venezuelanas, haitianas e cubanas.

Nesse contexto, a feminização das migrações no Brasil é um fenômeno social que teve início por volta de 2015 e tem se consolidado nos últimos anos, com um número crescente de mulheres atravessando as fronteiras nacionais. O aumento na presença de mulheres migrantes pode ser atribuído, em parte, ao crescimento das migrações provenientes dos países do Sul Global (CAVALCANTI, OLIVEIRA, e SILVA, 2022).

Sabe-se que a VGO, está presente na realidade de diversas mulheres do mundo, entretanto, mulheres migrantes² se tornam mais vulneráveis uma vez que, a maioria procura atendimentos médicos no SUS em decorrência de gravidez, seja na Atenção Primária a Saúde (APS), em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou em hospitais. Dentre as fronteiras da interseccionalidades encontradas, residem as de cunho discriminatório de gênero e xenofóbico, por parte de alguns profissionais de saúde, bem como o desconhecimento e desrespeito à cultura de origem das mulheres migrantes, às quais se impõem costumes e hábitos dos profissionais de saúde brasileiros, que desconsideram a interculturalidade e o contexto cultural trazido pelas migrantes (RIBEIRO, 2016; ROSSA, 2017; MARTINS *et al*, 2021), potencializando suas vulnerabilidades.

Além disso, o desconhecimento da língua local, está entre as principais adversidades das gestantes migrantes, visto que se deparam com dificuldades de relatar seus sintomas e ocorrências vividas durante o processo gravídico, como também o não entendimento de determinadas práticas necessárias como vacinas, medicações e qualquer informação que se for interpretada de maneira equívoca pode provocar grandes prejuízos para a vida social, saúde e bem estar dessas mulheres e seus filhos. Tais dificuldades enfrentadas, culminam, portanto, muitas vezes no abandono do acompanhamento médico e acabam por comprometer ou agravar a situação de saúde das migrantes gestantes e do bebê gestado (MARTINS *et al*, 2021).

Assim, a presente pesquisa, justifica-se por sua relevância social e científica, por indentificar e qualificar as experiências de violência ginecológica e obstétrica vivenciadas por mulheres migrantes residentes no município de Uberlândia/MG, em atendimentos realizados

² O termo “mulheres migrantes” será utilizado para denominar as mulheres que migraram de seu país de origem com destino ao Brasil, podendo ser imigrantes ou refugiadas.

no período de gestação, durante o procedimento do parto e no puerpério, nos serviços de saúde do Brasil. Embora esse tipo de violência seja uma realidade inerente em todo o mundo, à qualquer mulher, o estudo considera que as vulnerabilidades e os obstáculos encontrados na vida de uma migrante internacional, como o desconhecimento do idioma, discriminação e desrespeito ao contexto cultural, potencializam a exposição dessas mulheres à violência, exigindo, portanto, ampla visibilidade do tema, e reorientação de processos de trabalho por parte da equipe profissional, assim como de toda a rede que constitui os serviços de saúde, de forma a garantir o direito à saúde digna e de qualidade como disposto na Constituição Federal Brasileira de 1988, bem como a integridade e equidade para com todos os indivíduos, como legisla a Lei Orgânica da saúde nº 8.080 de 1990.

Para além, o estudo também apresenta uma denúncia social como forma de alcançar uma reflexão da sociedade e das organizações governamentais a despeito da má conduta recebida por essas mulheres dentro dos centros de saúde, que incorpora uma grande demanda de saúde pública vivida em nosso país.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratória e empírica, cujo campo de estudo foi o município de Uberlândia/MG.

Participaram do estudo 05 mulheres migrantes residentes no município de Uberlândia/MG no momento da pesquisa. Entretanto, foi considerada a trajetória de experiência de mulheres mães e gestantes em relação ao atendimento recebido nos serviços de saúde em todo o território nacional, considerando, portanto, suas migrações internas no Brasil.

Inicialmente, a pesquisa estava planejada para incluir a participação de 10 mulheres migrantes. No entanto, devido os entraves linguísticos, duas das entrevistas realizadas com mulheres haitianas precisaram ser desconsideradas devido às dificuldades de compreensão por parte tanto das entrevistadas quanto da entrevistadora. Uma entrevista com uma haitiana precisou ser interrompida para que ela pudesse cuidar de seu bebê. Após esse ocorrido, foram feitas diversas tentativas de contato, porém não houve retorno. Também foram realizadas tentativas de contato com mais cinco mulheres, com o intuito de completar a amostra pré-estabelecida. Contudo, apesar de várias tentativas, não obtivemos retorno, resultando assim em um total de cinco entrevistas.

O recrutamento das participantes se deu por intermédio da parceria com o Trabalho de Apoio a Migrantes Internacionais (TAARE) localizado em Uberlândia/MG, que disponibilizou

contato de mulheres migrantes mães e, após contato com as primeiras entrevistadas, foi utilizada a técnica conhecida como snowball ou “bola de neve”. Esta técnica se baseia na utilização de uma rede de referências em que os participantes iniciais indicam novas pessoas de seu relacionamento para o estudo que, por sua vez, indicam outros e assim sucessivamente (GOODMAN, 1961 apud ALBUQUERQUE, 2009).

Os critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa, foram mulheres, migrantes internacionais (imigrantes e/ou refugiadas), mães ou gestantes residentes no município de Uberlândia - MG, que tenham realizado atendimento à saúde em um ou mais serviços públicos do país, e que aceitassem participar da entrevista de forma voluntária. As participantes da pesquisa foram convidadas a participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foi utilizado como critério de exclusão da pesquisa aquelas participantes que não cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos e, as mães que tiveram o pré-parto, parto e pós-parto em outro país.

Como instrumento de coleta foram aplicadas entrevistas do tipo semiestruturada, com duração média de 50 minutos, que totalizaram 29 laudas após a transcrição. As entrevistas foram constituídas por um roteiro temático de perguntas estabelecidas em 3 partes, a saber: 1) Experiências vivenciadas durante o processo de pré-parto, parto e puerpério; 2) Entendimento e conhecimento sobre violência ginecológica e obstétrica e 3) Levantamento das necessidades e sugestões sobre o atendimento de saúde a partir das experiências vivenciadas.

Destaca-se ainda que diante da situação pandêmica e em cumprimento com o isolamento social, a maioria das entrevistas foram realizadas a partir de ligações de vídeo por meio de aplicativo de celular. Todos os encontros realizados foram gravados na íntegra para posterior transcrição e interpretação das pesquisadoras, com exceção de uma entrevistada síria, que não autorizou a gravação. No entanto, foi possível coletar e anotar as informações sem perda do conteúdo, com a prévia anuência da entrevistada, que preferiu ser entrevistada de forma presencial, com a utilização de máscaras e respeitando todas as recomendações das autoridades sanitárias brasileiras.

As entrevistas transcorreram de forma tranquila, embora marcadas por um forte componente emocional. Em alguns casos foi dado um espaço de fala livre, para que as entrevistadas pudessem se expressar compartilhando suas experiências pessoais e as emoções que emergiram durante o diálogo. Ressalta-se que as entrevistas foram conduzidas com

delicadeza, cuidado e acolhimento. Foi mantido o respeito pelo tempo de expressão das entrevistadas, suas pausas e reflexões mais íntimas em cada pergunta.

Sobre os obstáculos encontrados, no caso da quinta entrevistada, as pesquisadoras precisaram cumprir alguns requisitos para que fosse concedida a entrevista. Dentre elas, que o esposo da entrevistada estivesse presente durante a entrevista, uma vez que ela não se comunicava bem em português. Desse modo, as perguntas tiveram a tradução intermediada pelo esposo, que também analisava o contexto. No local, também estava presente a sogra da entrevistada, que em alguns momentos, acompanhou a nora em algumas consultas do pré-natal.

As 5 entrevistas realizadas respeitaram a ética em pesquisa, confidencialidade e anonimato das pessoas, conforme estabelece o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Para a garantia da integridade e anonimato da identidade foram utilizados nome de aves migratórias, para identificação das entrevistadas, conforme esboça o quadro 1, que identifica o perfil das participantes entrevistadas.

Quadro 1: Perfil das entrevistadas

Entrevistadas	Nacionalidade	Mãe ou gestante	Estado Civil	Status Migratório	Idade	Nº de filhos brasileiros
Andorinha	Venezuelana	Mãe	Casada	Refugiada	32	2
Narceja	Venezuelana	Mãe	Casada	Refugiada	34	1
Batuíra	Venezuelana	Mãe	Casada	Refugiada	40	1
Quero - Quero	Venezuelana	Mãe	Casada	Refugiada	28	1
Tuiuiú	Síria	Mãe	Casada	Refugiada	26	1

Elaboração: Autoras, 2024.

Buscou-se como benefícios da pesquisa, além de compreender as experiências de mulheres migrantes mães e gestantes que sofreram violência obstétrica e ginecológica, promover a instrução e orientação de mulheres migrantes, que muitas vezes, desconhecem seus direitos e esbarram nos entraves da interculturalidade no atendimento à saúde. Pretende-se também dar visibilidade ao tema por meio dos canais de divulgação e eventos voltado para a comunidade externa.

Após a pesquisa, resguardados os prazos estipulados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), o material gravado será apagado. A pesquisa foi submetida à análise e parecer do CEP da Universidade Federal de Uberlândia e obteve aprovação conforme parecer consubstanciado nº 1.727.885.

Análise dos dados

Todos os dados foram analisados de forma qualitativa por meio da análise de conteúdo temático das narrativas segundo Bardin (2011). Os dados foram operacionalizados em três etapas: (i) pró-análise; (ii) codificação, classificação e categorização do material; e (iii) interpretação dos resultados.

Na etapa da pró-análise, foi feita a organização do material, para tal foram necessárias leituras flutuantes, de forma exaustiva, a fim de conhecer melhor o material coletado nas entrevistas. Posteriormente, o material foi organizado e separado de acordo com os itens contidos no sumário. Em seguida, foi realizada a demarcação dos trechos a serem tratados, com base na temática e nos objetivos traçados na pesquisa, de forma que foram selecionadas subcategorias além das destacadas no roteiro. Na segunda etapa, o material foi explorado em maior profundidade, com o intuito de melhorar sua compreensão, e, a partir daí, codificar e classificar as categorias. Por fim, foi realizada a interpretação dos resultados de forma analítica, de acordo com a significância das falas em torno dos núcleos dos sentidos, de onde emergiram 07 eixos temáticos que serão tratados nos resultados, a saber: 1) Contato com os profissionais e unidades de saúde para realização do pré natal; 2) Parto: Acolhimento *versus* Dificuldades e violências; 3) Puerpério: Da atenção ao cuidado às negligências; 4) Diferenças culturais entre o país de origem e o Brasil; 5) (Des)conhecimentos sobre violência ginecológica e obstétrica (VGO) 6) Percepções sobre vivências de violência ginecológica e obstétrica; 7) Anseios e expectativas das mulheres migrantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Então ele falou assim: isso aqui não é uma padaria pra você pedir o que você quiser (BATUÍRA).

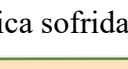
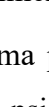


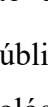



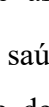





A escuta qualificada durante as entrevistas possibilitou identificar fatores sociais marcados nas narrativas das mulheres. Segundo Farlon e Raiol (2023), a interseccionalidade refere-se à maneira como os diferentes marcadores sociais interagem entre si, influenciando tanto as experiências individuais quanto as coletivas e, principalmente, resultando em experiências de múltiplas formas de opressão para indivíduos e grupos, devido às interseções que afetam seus contextos sociais, especialmente aqueles pertencentes a grupos vulneráveis. Nesse contexto, a interseccionalidade foi utilizada para analisar as múltiplas formas de opressão vivenciadas por corpos migrantes femininos.

Esse processo foi dividido em três partes, onde buscou-se, no primeiro momento, conhecer as experiências vividas pelas entrevistadas nos serviços de saúde, no período da gestação, durante e após o parto, levando em consideração abordagens sobre expectativas pessoais, problemáticas, obstáculos enfrentados e desejos respondidos. No segundo momento, direcionou-se a análise para o entendimento das migrantes sobre o termo VGO e suas manifestações, como também, abordagem durante o atendimento de saúde recebido. No terceiro e último momento, buscou-se identificar demandas, sugestões e opiniões das entrevistadas sobre o tema tratado, com a finalidade de acolher as diferentes realidades por elas vividas e proporcionar autonomia e liberdade de fala.

Das 5 mulheres entrevistadas, 4 eram de nacionalidade venezuelana e 1 síria, com idades entre 26 e 40 anos, todas mães residentes no município de Uberlândia – MG, que tiveram entre 1 a 2 filhos nascidos no Brasil por parto normal/vaginal.

As entrevistadas relataram experiências distintas de atendimento durante as gestações e durante o processo de parto, realizados no sistema público de saúde no Brasil. Foram relatadas experiências de violências físicas, verbais, psicológicas e de negligência, (Figura 1) além de um relato de desigualdade no tratamento, quando comparado com mulheres brasileiras, por questões discriminatórias, no caso do atendimento à migrante.

Figura 1 - Tipo de violência obstétrica e ginecológica sofrida pelas entrevistadas.

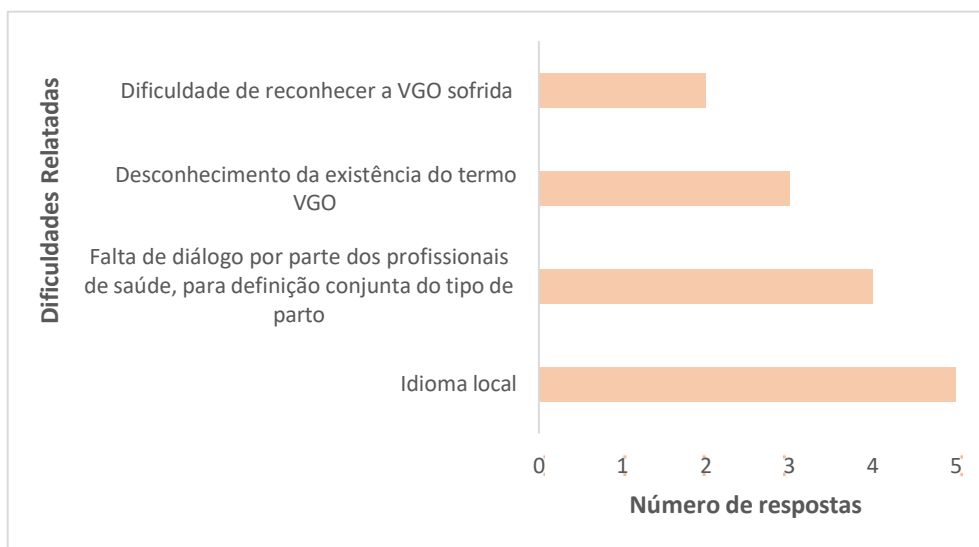
	Pré - Parto	Parto	Pós Parto
Física			
Psicológica		 	
Verbal			
Discriminação			
Negligência		 	
	 Venezuelana  Síria		

Elaboração: As autoras, 2024

Dentre os principais obstáculos apresentados pelo grupo, a incompreensão da língua foi trazida como maior dificuldade, relatada por todas as entrevistadas. Em relação ao

entendimento sobre violência obstétrica e ginecológica, a maioria (60%) das mulheres não sabia do que se tratava, outro fator a ser destacado foi o não reconhecimento das violências sofridas, ou seja, apesar de ter vivenciado um caso de violência ginecológica e obstétrica, duas mulheres não identificaram suas experiências como tal. Isso pode ser associado com a falta de compreensão das violências e suas diferentes formas de serem produzidas.

Gráfico 1 – Dificuldades relatadas pelas entrevistadas no atendimento de saúde do Brasil.



Elaboração: As autoras, 2024.

Durante as entrevistas, grande parte das mulheres só conseguiu identificar ter passado por uma violência após a demonstração de alguns exemplos trazidos pela entrevistadora. Mello e Martinez-Ávila (2022) indicam que existem alguns campos na vida do ser humano em que é preciso ter o mínimo de informação e conhecimento para se ter dignidade, sendo o acesso e os cuidados com a saúde, parte desses campos. Assim, percebeu-se a importância de abordar o tema tratado no presente estudo e ressaltar a importância da construção de um atendimento público de saúde mais informativo, reforçando os aspectos da comunicação e educação em saúde, para garantir o direito a saúde digna e de qualidade em concordância com a Constituição Federativa do Brasil de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 1990).

Nos tópicos que seguem serão abordados os eixos temáticos categorizados na pesquisa.

3.1. Contato com os profissionais e unidades de saúde para realização do pré-natal

Quando uma mulher descobre uma gravidez, emerge-se, na maioria das vezes, cuidados e precauções em relação a sua saúde e a do bebê. Diante disso, a busca por profissionais, atendimento de qualidade e acesso a unidades de saúde, é fundamental para o processo.

Tratando-se de imigrantes e refugiadas, esse contexto implica em complexos obstáculos e limitações, como entraves interculturais, dificuldades com a língua local (Moraes *et al*, 2021) e, a partir disso, deinterpretações e expressões de seus sintomas e até mesmo sentimentos, além das questões socioeconômicas e a dificuldade de acesso as unidades de serviços de saúde (MARTINS *ET AL*, 2021).

A dificuldade de acesso às unidades de saúde e o contexto socioeconômico, pôde ser observado na fala da Batuíra (BATUÍRA), uma mulher de 40 anos, que teve atendimento pré-natal, parto e puerpério nos serviços públicos de saúde da cidade de Manaus no Amazonas. BATUÍRA relata:

Eu morava muito longe e tinha que ir para o hospital, eu acho que eram duas horas e meia de viagem. Então os últimos seis meses não estava conseguindo ir. Era muito longe para mim [...] lá a gente morava numa favela, então para sair dali para o terminal, do terminal pegar outro ônibus... era muito longe na verdade, muito longe. (BATUÍRA).

Para, Lamy, et al (2023) as mulheres migrantes, especialmente as migrantes forçadas, revelam uma amplificação de sua vulnerabilidade devido às condições de risco enfrentadas durante o deslocamento. Essa vulnerabilidade é agravada pela pobreza, estigma, exclusão social e diferenças culturais, resultando em um acesso inadequado aos serviços de saúde.

Também foi possível identificar na fala de BATUÍRA as principais diferenças entre o atendimento das gestantes nos serviços de saúde em seu país de origem e o Brasil, expondo seus receios e dúvidas em relação a essas distinções, como segue:

Eu estava com medo sabe? Porque lá na Venezuela você faz o pré- natal, o controle, que chamam lá, com um ginecostetra e aqui no posto de saúde é assim: num mês a enfermeira que eu acho que é uma enfermeira ginecostetra, e, outro mês um médico geral. Aí eu já fiquei preocupada sabe? Porque não é o mesmo especialista, sabe? (BATUÍRA).

Em relação aos exames realizados no pré-natal, comenta que fez somente 2 exames de ultrassom pois, a descoberta de sua gestação ocorreu após o terceiro mês de gravidez. No que se refere a esse exame especificamente, ela se queixa pela falta de acolhimento e sensibilidade por parte dos profissionais no momento da realização do exame, nas duas ocasiões, sem respeitar ou sequer perguntar suas vontades e desejos.

Eu fiz ultrassonografia, só que aconteceram coisas que eu não gostei muito, sabe? Eu sempre imaginei o ultrassom uma experiência linda sabe? Poder olhar minha filha, eu queria olhar, sabe? Pra ver se havia um movimento dela na mãozinha, alguma coisa. Então não foi assim, foi tipo: “deita aí”. Eu perguntei: “eu posso olhar?” O médico falou: “pode não, o monitor [...] a tela, ta pra cá e não dá pra colocar pra você ver”. Então, foi assim [...] eu não consegui ver minha filha [...]. Para saber se era menino

menina foi uma coisa assim, tipo “é mulher” então eu pensei “nem me pergunta se eu quero saber” [...] eu não tava muito alegre, sabe? (BATUÍRA).

O momento da ultrassonografia e descoberta do sexo biológico de uma criança, muitas vezes envolve diversos fatores culturais e emocionais na vida de uma mãe. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), as mudanças associadas ao parto acabam por transformá-lo em um evento médico, assim, os significados científicos acabam sobrepondo a outros aspectos naturais vividos pela mulher. Dessa forma, o parto transcende sua natureza como experiência privada, íntima e feminina, para se tornar um evento compartilhado publicamente, envolvendo a presença de outros agentes sociais. Nesse sentido, o ambiente de nascimento passou por uma rápida transformação, tornando-se de um evento com inúmeros significados culturais, para algo desconhecido e intimidador para as mulheres, enquanto se tornava mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Diferente de BATUÍRA, a Narceja, também venezuelana e mãe de 3 filhos foi atendida durante toda sua gestação em uma unidade de atendimento do município de Uberlândia – MG. Narceja relata que todo o seu atendimento foi realizado com muito cuidado e sua assiduidade nos exames era monitorada pelos profissionais de saúde. Sua única queixa ou descontentamento foi em relação a demora ao realizar o exame de ultrassom e sugere que esse atendimento poderia ser melhorado dentro das unidades de saúde local. Mesmo assim, ao fazer um comparativo entre os serviços de saúde da Venezuela e os prestados pelo Brasil, afirma que teve muito mais facilidade no atendimento realizado no Brasil, devido à falta de equipamentos e profissionais médicos em seu país de origem.

Nossa o atendimento aqui foi muito melhor. Lá em Venezuela a gente era muito caótico, sabe? Minha última gravidez [...] era complicada. A consulta era a cada seis meses [...] e aqui não, aqui eu faltei uma consulta e tavam me ligando [...] “você tem que vir em seu controle” [...] o pessoal daqui tem muito apreço comigo, eles são muito atenciosos, nossa demais. (NARCEJA)

De maneira geral, ela se sentiu segura e satisfeita com seu acompanhamento e com o atendimento despendido pelos profissionais de saúde. Entretanto declarou uma dificuldade muito comum enfrentada pelos migrantes internacionais no país e que foi abordada por todas as entrevistadas: o idioma. Em alguns momentos, a compreensão de seus sintomas pelos profissionais foi um processo difícil, entretanto, comenta que seu atendimento foi realizado por uma médica que falava espanhol, possibilitando, portanto, o entendimento das prescrições e soluções de suas demandas.

Para Kuramoto (2016), quando há algum comprometimento na comunicação, a interação entre o profissional de saúde e o paciente torna-se substancialmente mais desafiadora, o que pode resultar na tomada de decisões pelos profissionais, sem o envolvimento pleno da mulher. Essa dinâmica pode resultar na incompreensão, por parte da mulher, das atitudes e intervenções dos profissionais de saúde, ou mesmo gerar um desrespeito as suas vontades e desejos, principalmente quando se trata de mulheres migrantes, em que há tensões inerentes entre os conhecimentos das mulheres e os conhecimentos dos profissionais de saúde devido pluralidade cultural estabelecida.

De igual forma, o estudo de Martins et al (2021) referiu tal dificuldade encontrada em experiências vivenciadas por estudantes de medicina e enfermagem nos atendimentos realizados em um hospital universitário e em unidades de saúde.

EI mãe de cinco filhos, dos quais dois nasceram no Brasil, no estado de Roraima foi atendida por uma médica brasileira, a princípio, não entendia as recomendações, apenas o que foi considerado para ela como essencial. Esse cenário muda quando passa a ser atendida por um médico dominicano, que além de passar as instruções muitas vezes em espanhol, a auxiliava nas traduções dos termos e a incentivava na escuta do português, para que ela pudesse se comunicar e compreender melhor as informações, caso fosse atendida por outros médicos que não falassem seu idioma.

A dificuldade de comunicação, além de ser um grande obstáculo no acolhimento e atendimento de qualidade para mulheres migrantes, também pode interferir de forma mais profunda, sendo também um impeditivo ao acesso à saúde. Foi o caso relatado pela Tuiuiú, uma mulher Síria, mulçumana e mãe, que teve um parto no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. A dificuldade com a língua portuguesa lhe gerou malefícios no âmbito dos cuidados com o pré-natal e a regularidade nas consultas, pois relata, a partir da tradução do seu esposo, que como ela não tinha domínio sobre outro idioma, além do árabe, precisava estar sempre acompanhada nas consultas para que pudesse suceder um diálogo eficiente. No caso de dúvidas, recorria a intermediação do seu marido para que fizesse a tradução, caso o marido não pudesse comparecer, era acompanhada ou da sogra ou de sua cunhada. No entanto, esse fator fez com que seu pré-natal fosse interrompido nos últimos três meses pois, nesse período, não tinha ninguém que a acompanhasse durante as consultas, prejudicando assim, o monitoramento e acompanhamento de sua saúde e de seu bebê.

Nesse aspecto, quando as mulheres foram questionadas em relação as dúvidas que

surgiram durante as consultas realizadas no pré-natal e se essas foram elucidadas pelos profissionais de saúde, as entrevistadas 1, 2 e 4 afirmaram não terem tido muitas dúvidas e quando isso ocorreu, foram respondidas pela equipe de saúde. Por outro lado, a Tuiuí reforça que nem todos os seus questionamentos foram respondidos pelos profissionais de saúde. Os relatos da Batuíra também chamam a atenção pois ela descreve uma demanda relacionada à sua primeira experiência na maternidade, destacando a falta de acolhimento e informação por parte da equipe médica e dos profissionais de saúde em relação aos processos do parto.

Então como eu sofria de hemorroida, eu sofria na gravidez, eu pensei que tava saindo tudo, sabe? (durante o parto) “Meu Deus, como eu vou ficar?” E não era isso, depois eu assisti vídeos, que é o útero, sabe? [...] então foi aí que eu entendi, mas eles não falaram nada [...] como é a minha primeira filha e foi aqui, não sei, se lá na Venezuela fazem sabe? Mas eu acho que deveria explicar, “olha você vai sentir uma pressão, uma coisa que...” é importante falar isso, porque eu acho que cada nascimento é diferente, o que você sente, talvez eu não vou sentir, então sempre bom falar isso (BATUÍRA).

Mesmo quando não há questionamentos sobre essa pauta especificamente, a entrevistada comenta que sentiu que deveria partir dos profissionais das unidades de saúde, uma maior instrução e consciência do que uma mulher, em sua primeira experiência de parto, deveria saber e compreender para enfrentar o procedimento, lhe assegurando maior conforto, conhecimento e confiança. Lamy, et al (2023), em seu estudo também levanta as demandas de mulheres migrantes não só por informações gerais, como também outras mais específicas como planejamento familiar de maneira detalhada, ou os benefícios e desvantagens de métodos contraceptivos (LAMY, *et al.* 2023). É válido ressaltar que, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, recomenda-se que durante o pré-natal as mulheres sejam informadas sobre os riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto, assim como sobre a importância de escolher um acompanhante para fornecer apoio durante esse processo. É recomendado também que seja discutido com a gestante os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres a fazerem escolhas informadas (BRASIL, 2017).

BATUÍRA, relata que alguns momentos que antecederam o parto, surgiram algumas dúvidas as quais não foram respondidas, além disso, ela descreve ter sido desrespeitada e ironizada pelo profissional, como evidenciado no trecho que segue:

Eu tenho um prolapso numa válvula no meu coração, então eu não tinha dinheiro para fazer o exame, sabe? Então eu ficava “meu Deus” eu nem conseguia dormir. “Eu vou morrer parindo” [...] E eu lembrei e falei para ele (o médico) aí ele falou: “a senhora é muito chata”, “Ah tu é muito chata sim senhora, você tem que saber o que você vai fazer”, e ele e me maltratou muito (BATUÍRA).

Outro ponto indagado durante as entrevistas foi se os desejos da mulher durante o parto foram questionados por parte da equipe de atendimento. Todas negaram terem sido perguntadas sobre a preferência da parturiedade. A não ser no caso da Batuira, que foi questionada apenas sobre o tipo de parto de preferência. Esse cenário preocupa visto que, de acordo com Ministério da Saúde (2017), para assegurar que a escolha da via de parto leve em conta os benefícios em termos de saúde e os riscos potenciais, a decisão deve ser informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde responsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2017).

Um aspecto que despertou curiosidade foi no relato da Andorinha, em que ela justifica a atitude da equipe de profissionais, baseada no fato de já estar em trabalho de parto quando chegou a unidade e na sua experiência prévia em maternidade. O que demonstra um determinado desconhecimento sobre as preferências prévias de parto, desconsiderando as recomendações do Ministério da Saúde em que mulheres devem ter acesso a informações baseadas em evidências e serem incluídas no processo de tomada de decisões, sendo-lhes perguntado sobre seus desejos e expectativas (BRASIL, 2017)

Já no que concerne a Narceja, foi desrespeitada sua autonomia quando expressou o desejo de realizar uma cesariana e uma laqueadura de trompas, indicando sua decisão de não ter mais filhos. Contudo, foi informada de que, devido ao seu histórico de partos normais sem complicações e à sua idade jovem, seus pedidos não foram concedidos, em vez disso, foram oferecidos métodos contraceptivos como solução para as demandas da mulher.

Eu perguntei a doutora se eu podia fazer a operação para eu não ter mais filho. Ai o que ela me falou é que não podia porque todos os meus partos foram normais, todos sem nenhuma complicação, eu era jovem ainda. Eu insistia, quase toda consulta eu insistia. Eu queria fazer cirurgia, eu não queria ter mais filhos... parar a fábrica e não quiseram, nada. Eles só me falavam do DIU. “Não, você pode colocar o DIU” e não sei que mais... Ai eu fiquei com medo, não quis colocar DIU (NARCEJA).

Conforme quadro 1, Narceja à época da coleta de dados, possuía 34 anos e três filhos. A Lei 14.443/2022, estabelece novas diretrizes relacionadas à realização de laqueaduras (BRASIL, 2022). Conforme orientação do Ministério da Saúde, aquelas interessadas em realizar laqueadura pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem dirigir-se à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e manifestar o desejo de utilizar o método. Como critérios prévios, a pessoa deve possuir, no mínimo, dois filhos vivos ou atingir a idade de 21 anos (BRASIL, 2023), isso posto, a entrevistada se enquadra nos dois requisitos estabelecidos em lei, até mesmo antes de sua atualização, quando a idade mínima permitida era 25 anos. Além

da laqueadura, o SUS também disponibiliza gratuitamente outros métodos contraceptivos que podem atender às necessidades relacionadas ao cuidado com a saúde reprodutiva, como o Dispositivo Intrauterino (DIU), por exemplo (BRASIL, 2023). No entanto, é importante ressaltar que o DIU não é o único método a ser considerado e discutido nesse caso.

Quanto à Quero - Quero, emerge uma realidade novamente contrastante. Embora não tenha sido consultada diretamente, ao expressar suas preferências para o parto, foi informada de que, devido ao seu histórico de partos normais sem complicações, seria realizado um parto normal. No entanto, ela relata ter recebido apoio da equipe e ter sido acolhida, com todos os esforços feitos para tranquilizá-la durante o processo de parto.

3.2. Parto: Acolhimento *versus* Dificuldades e Violências

O processo do parto é um momento significativo na vida de uma mãe, que envolve desgaste físico e emocional, necessita de aparato e suporte, com uma rede de apoio estruturada e uma postura respeitosa quanto às necessidades da mãe, a fim de proporcionar que o momento seja o mais confortável possível. No âmbito deste estudo, as entrevistadas apresentaram, mais uma vez, experiências diversas em relação ao parto.

Durante a conversa, foi questionado se as vontades das mulheres durante o parto foram respeitadas. A Andorinha, apresentou duas realidades diferentes em suas experiências de parto no Brasil. No caso de sua filha mais nova, ela expôs uma situação de total negligência por parte dos profissionais, dando à luz sem nenhum tipo de acompanhamento ou monitoramento da equipe de saúde local.

Acabou nascendo no quarto. Quando eu cheguei sozinha, deitei na cama e em seguida que eu me encostei, abri minhas pernas, eu dei à luz à menina. No final, fiz sozinha, não teve nenhum médico no quarto onde eu estava. Não havia chegado ainda. Eu estava sozinha na cama e aí foi muito rápido. Quando chegou a doutora minha filha já estava fora. (ANDORINHA).

O caso se agrava ainda mais quando relata que além de estar sem supervisão ou monitoramento por parte dos profissionais de saúde, a entrada de um acompanhante durante o parto foi impedida pelos profissionais. Seu marido só recebeu notícias 2 horas e meia após o nascimento da criança.

Não deixaram não (em relação ao marido acompanhar o parto). Desde doze e cinco, eu já tava pronta com a menina no braço mas disseram para meu marido só depois de duas horas e meia. [...] meu marido não pôde entrar no hospital, ele ficou lá fora (ANDORINHA).

Esse procedimento fere a Lei Federal nº 11.108/2005 que garante, às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005) isso demonstra a falta de preparo e cumprimento das normas legais por parte da equipe de saúde local além de um desrespeito com a mulher e o momento em que a família se apresentava ali. Ela se queixa que, apesar de já ter tido experiências anteriores com partos normais, se sentiu muito sozinha em todo o processo.

Além disso, ela relata que uma mulher brasileira, também gestante, deu a luz no mesmo quarto em que ela estava. O que surpreendeu foi que o marido dessa mulher pôde acompanhá-la durante o parto e o pós-parto, permanecendo ao lado dela o tempo todo. Ela conclui sua observação com a frase "mas era brasileira", demonstrando que sentiu certo estranhamento e percepção de tratamento desigual devido à sua nacionalidade. Quando questionada mais detalhadamente sobre essas diferenças, ela deixa claro que, em sua opinião, houve uma disparidade no tratamento recebido na unidade de saúde em comparação ao que a brasileira recebeu.

No caso do parto de sua filha mais velha, decorreu-se uma dinâmica distinta, em que seu esposo e filha puderam acompanhar o procedimento. Ao contrário de sua experiência mais recente, os profissionais a compreenderam muito bem e ela foi muito bem atendida e acolhida. O parto ocorreu em uma pequena unidade de saúde de Boa Vista- RO.

A Batuíra relatou que imaginava que o atendimento no sistema público, durante seu parto fosse acolhedor e humanizado, entretanto, se frustrou muito com as condutas dos profissionais que a atenderam, onde não foi perguntado sequer como ela gostaria que seu parto fosse realizado, ou a utilização de medicamentos para diminuir a dor, relatando diversos casos de violência, como é possível identificar nas seguintes falas:

Elas colocaram um comprimido, não lembro o nome. Foi uma da tarde que eu tomei o comprimido que eles colocaram, quatro da tarde começou aquele dor horrível, já nove horas da noite eu não aguentava. Então, eu falei pro doutor: será que você pode fazer uma cesárea, me dar alguma coisa? Porque eu não to conseguindo, falei pra ele. Então ele falou assim: isso aqui não é uma padaria pra você pedir o que você quiser (BATUÍRA).

Neste momento, é possível reconhecer e enfatizar perante as conduções e falas agressivas, a presença de violência física, verbal e psicológica. Ela também relata, que passou pelo processo de laceração durante seu parto, o que lhe causou muita dor e sofrimento e se queixa por não ter sido acompanhada durante todo o processo pelo médico responsável,

somente na hora do nascimento de sua filha.

“Não, é você sozinha” (referindo a fala de uma enfermeira) então eu falei assim para ela: não tá certo não. O trabalho do médico é pra assistir o parto da mulher [...] “Não é assim não, você puxa aí” [...] então eu puxava, puxava o que podia [...] Então eu senti que estourou, sabe? Estourou tudo e foi uma sensação terrível! “Eu não sei o que é isso” eu não sabia nada [...]. E as enfermeiras se olharam assim como que alguma coisa, tava dando errado, sabe? Aí me espantei, eu perguntei “o que foi?” “Não, é a cor de um líquido que não é muito bom” [...], eu pensei “meu Deus, será que ela vai morrer?” eu puxei, puxei, puxei, eu pensava “meu Deus, me ajuda”. Desde que eu sai do meu lar, a verdade é que a gente sobreviveu foi por Ele (se referindo a Deus) [...] porque eu sentia que tava me queimando, sabe? Eles não cortaram e rasgou tudo, eu rasguei, toda, a dor era um fogo, sabe? (BATUÍRA)

É importante notar que no caso da laceração descrita pela entrevista, não houve por parte dos profissionais de saúde que a acompanharam, nenhuma técnica disponibilizada para diminuir as chances de sua ocorrência, demonstrando um atendimento negligente e falta de diálogo com a paciente. Além disso, outro fator que pode ter influenciado na ocorrência da laceração foi a posição em que o parto foi realizado, considerando que o parto na posição horizontal pode estar relacionado com menores índices de laceração (OLIVEIRA, et al. 2017). No entanto, apesar de as posições verticais apresentarem índices reduzidos de lacerações perineais graves, não é possível afirmar com precisão a eficácia dessas posições em comparação com as posições horizontais para a prevenção de lacerações perineais (ROCHA, et al. 2020)

Apesar do grande sofrimento e ocorrências traumáticas durante o parto, ela comenta que, em sua opinião, não sofreu as violências por conta da sua religiosidade, cor, ou mesmo por ser de outra nacionalidade, pois comenta que a maioria dos médicos que a atendeu, foram médicos de outras nacionalidades.

Ao ser questionada sobre os tipos de violência que ela acha ter vivido, ela responde que, apesar de seu esposo acompanhar seu parto, acredita ter sofrido quase todos os tipos de violência ginecológica e obstétrica, como não a deixarem gritar para expressar sua dor, impedimento de se posicionar de formas mais confortáveis quando sentiu necessidade na hora do parto, não lhe informar quais medicamentos eram colocados em seu soro, restrição alimentar, falas para amedrontá-la e realização de exames de toque que eram feitos “sem piedade” segundo a entrevistada e de forma exagerada praticado tanto por médicos quanto por enfermeiros e que, em sua opinião, foi sem necessidade.

E eles não me deixavam gritar também não, só que é involuntário. É uma pressão, é tão forte que vira dor, mas é mais pressão do que dor, é uma coisa, muito estranha. E me deram aquele soro, mas eu não sei o que tinha nisso, eles não falaram assim que tinham colocado, eles colocaram alguma coisa sim mas não me falaram o que era [...] Muita mulher passa isso sabe, uma senhora me falou que só por maldade, muita

mulher morre, nesses hospitais parindo. Eu não acreditei, mas ela falou que era assim. Eu senti muita dor (BATUÍRA).

Foi notória a grande emoção e sofrimento na fala de Batuíra durante toda a entrevista ao se reportar o momento de seu parto e sua gestação. Queixando-se com as pesquisadoras que o processo do parto lhe causou traumas profundos em sua vida pessoal e afetou grandemente sua relação sexual e familiar.

eu ainda não consegui fazer nada com o meu marido desde que eu pari sabe? Porque eu lembro aquela dor que eu senti e falo pra ele “não quero sentir mais dor” entendeu? (BATUÍRA)

Essa situação dolorosa é comumente experimentada por mulheres que foram vítimas de violência ginecológica e obstétrica, as quais também enfrentam diversos desafios psicológicos e emocionais. A participante da pesquisa menciona que, após o parto, desenvolveu ansiedade e depressão. A violência ginecológica e obstétrica resulta na perda da autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade (Rossa, 2017) podendo impactar negativamente a recuperação física e psicológica da mulher durante o puerpério, afetando sua autoestima, vida sexual, saúde mental e, conseqüentemente, sua relação com o bebê, o que pode comprometer o sucesso da amamentação e o saudável desenvolvimento da criança (ALMEIDA, 2022). Para Bourguignon e Grisotti (2020) mulheres deveriam ser preparadas não apenas pela medicina ou por manuais, mas também por meio de grupos de orientação psico-sexual, nos quais possam compartilhar experiências afetivas entre si. Isso inclui discutir não apenas experiências positivas, mas também aquelas consideradas negativas, como sentimentos de raiva, depressão e desânimo, que também fazem parte da vivência da maternidade

Já as entrevistadas 2 e 4 tiveram uma boa experiência em relação ao atendimento no momento do parto. A Narceja comenta que não passou por nenhum tipo de violência citada, teve a supervisão adequada da enfermeira e o toque foi realizado 2 vezes. Ela também teve seu direito garantido com o acompanhamento de seu esposo durante o processo de parto. Relata que quando o bebê estava nascendo, a equipe de profissionais não estava presente na sala de parto mas logo após o acionamento de seu esposo, as enfermeiras e médico acompanharam o procedimento do parto e assim que deixou a unidade já estava com agendamento da consulta com o pediatra e seu ginecologista marcada.

Ressalta-se a importância de trazer elementos práticos para a entrevista, pois, após a

descrição de alguns tipos de violência obstétrica e ginecológica, a entrevistada pôde reconhecer algumas práticas realizadas com ela em seu país de origem, quando releva não saber que o “corte” realizado no momento do parto (episiotomia), era um tipo de violência e citou que passou pelo procedimento na Venezuela.

Em relação ao tratamento recebido no Brasil, relata que em nenhum momento se sentiu constrangida por pertencer a outra nacionalidade, afirmando que seu único pedido rejeitado foi a aplicação de ocitocina em seu soro para que facilitasse o parto, mas não foi atendida, porque a equipe médica afirmou que o ideal era que ocorresse o parto de forma natural.

Em consonância com as narrativas da Narceja, QUERO - QUERO relatou, ao ser melhor exemplificado os diferentes tipos de violência, que já sofreu manobra de Kristeller, violência verbal e um caso gravíssimo de negligência, que por um equívoco, provocaram uma hemorragia interna e uma gaze foi esquecida dentro do seu organismo quando estavam realizando o procedimento de limpeza, o material no organismo acabou

causando uma infecção extremamente forte. No Brasil, considerou sua experiência completamente diferente e relata ter se sentido limpa e bem tratada.

Por fim, a Tuiuiú, relatou que o momento do seu parto foi um pouco conturbado devido as barreiras linguísticas estabelecidas, ela e sua acompanhante (sua sogra), não eram entendidas quando tentavam se comunicar com o médico responsável do hospital, que se demonstrou impaciente com a situação.

Esse contexto, faz com que a mulher, já em um estado de vulnerabilidade e apresentando dores intensas, se sinta insegura e com medo do procedimento. Isso se deve não apenas aos obstáculos linguísticos que dificultam uma descrição mais precisa de seus sintomas e preocupações, mas também à postura do profissional de saúde, cuja função seria oferecer apoio e acolhimento em relação às necessidades da paciente. Essa conduta, ao invés disso, amplifica ainda mais suas fragilidades, configurando um caso de violência psicológica.

3.3. Puerpério: Da atenção ao cuidado às negligências

O período puerperal representa uma fase igualmente desafiadora, comparável ao momento do parto, caracterizada pela intensidade das experiências vivenciadas, onde a exaustão, o cansaço e as mudanças emocionais se fazem presentes, independentemente das escolhas de modalidade de parto feitas pela gestante. Da mesma maneira, é crucial estabelecer

um processo de acolhimento eficaz e uma rede de apoio capacitada para oferecer os cuidados e atender às demandas necessárias, especialmente voltadas para a mãe e também para a criança, durante esse período inicial (BRITO e ALMEIDA e MEDEIROS, 2022; MOREIRA *et al*, 2022)

Nessa conjuntura, foi abordado na presente etapa da pesquisa, como foi o tratamento recebido pelas mulheres durante o seu período puerperal.

Desde o início da entrevista com a participante 1, percebeu-se que a negligência experimentada durante o período do parto persistiu durante o puerpério da mulher. Isso se manifestou na recusa de permitir a presença do marido após o parto, deixando-a sozinha por longos períodos enquanto ele aguardava do lado de fora. Além disso, a entrevistada expressou a falta de um cuidado mais abrangente por parte dos profissionais de saúde que, segundo ela, as perguntas feitas sobre seu bem-estar eram superficiais, e quando não a compreendiam, simplesmente deixavam a sala sem oferecer explicações.

Depos falaram pra mim que como eu não falava muito bem, a doutora falava pra mim eu compreendia e eu falava pra ela, ela agia assim como quem “não compreendo”. Então ela ia embora e me deixava ali. Ela falava que não entendia e me deixava e ela ia, duas horas depois ela voltava: “você ta bem, ta ficando bem?” assim... Mas aí eles avisaram meu marido, mas meu marido não podia entrar, ele ficou lá fora (ANDORINHA)

Neste contexto, além da negligência evidenciada pela proibição da entrada do acompanhante, ressurge a narrativa da entrevistada sobre atos de discriminação com base em nacionalidade ou etnia. Tal como ocorrido durante o parto, a brasileira, que havia dado a luz recentemente, estava acompanhada, conforme orienta a legislação.

A Batuíra relatou não se lembrar de quase nada após o parto, inclusive de como foi segurar sua filha no colo. No entanto, ao contrário da experiência vivenciada durante o pré-natal e parto, ela destacou um atendimento satisfatório no pós-parto enquanto permaneceu no hospital. Destacou especialmente a disponibilidade de comida tanto para ela quanto para seu acompanhante quando foram transferidos para o quarto após o nascimento de sua filha.

Por outro lado, a Narceja afirmou ter recebido um tratamento muito /satisfatório durante o período puerperal, destacando repetidamente a eficiência da equipe em encaminhá-la prontamente para as especialidades necessárias após sua saída do hospital. Da mesma forma, a Quero - Quero expressou grande satisfação com a estrutura hospitalar, a organização da equipe de saúde e a disponibilização de uma profissional médica que falava

espanhol para garantir uma comunicação eficaz. Ela relatou que esse cuidado da equipe contribuiu significativamente para que não se sentisse perdida, destacando ainda o acompanhamento e monitoramento da saúde de sua filha, incluindo controle de peso, administração de vacinas e outros procedimentos necessários.

Nesse mesmo sentido, a Tuiuiú nos informou que a equipe de profissionais auxiliou no processo de amamentação, com o banho no bebê e nas trocas de fraldas. Também ofereceram contraceptivos, porém, devido a fatores culturais e religiosas, o marido não considerou necessário.

3.4. Diferenças culturais entre o país de origem e o Brasil

Considerar as diferenças culturais e religiosas no atendimento à saúde, é fundamental no que tange as práticas de cuidado, especialmente durante o período de gestação, parto e pós-parto, incluindo fatores que podem variar significativamente nas diferentes culturas, influenciando diretamente no atendimento de qualidade dessas mulheres, como o papel do acompanhante, as preferências alimentares, as crenças religiosas e os procedimentos dos profissionais em relação à saúde. Considerar a multiculturalidade nesse espaço é essencial para a compreensão e respeito pelas necessidades e preferências das pacientes mulheres, levando a um atendimento mais adequado e sensível.

Nesse sentido, foi levantado quais foram as percepções das principais diferenças entre a cultura brasileira e a do país de origem das entrevistadas.

A maioria das entrevistadas (1, 2 e 4) destacou uma notável melhoria no atendimento recebido no Brasil. No entanto, observou-se que as principais diferenças apontadas não estavam relacionadas a questões culturais, mas sim às condições resultantes da crise econômica enfrentada pelo país de origem das participantes. Como consequência, elas enfrentaram escassez de equipamentos de proteção, deficiência nos instrumentos de trabalho, equipe de profissionais desfalcadas, insuficiência de veículos para serviços de urgência e emergência, além de frequentes interrupções no fornecimento de energia elétrica, entre outros desafios.

Devido a experiência de negligência da Andorinha, ela também relata que sentiu uma certa diferença em relação ao atendimento dos profissionais de saúde na hora do parto. Ela comenta que aqui no Brasil, ela sentiu que os profissionais não tocam a paciente e a deixam sozinha no momento do parto, já na Venezuela, os profissionais ajudam e estão presentes nesse momento.

A Tuiuiú também abordou a questão do atendimento, por intermédio do seu esposo, que mencionou diferenças no modo como os partos são conduzidos na Síria, bem como no tratamento dado às mulheres. No entanto, quando questionados sobre essa questão, eles não se aprofundaram na explicação. Na Síria predomina duas religiões: o cristianismo e o islamismo. No caso da Tuiuiú, ela e sua família são muçulmanos, é válido ressaltar que a religião está diretamente ligada ao tipo de construção de família e influencia os costumes culturais familiares (SILVA, 2019), nesse sentido alguns aspectos culturais e religiosos devem ser levados em consideração na atenção a saúde da mulher gestante. A opção pelo parto vaginal entre as mulheres muçulmanas está associada a conceitos de força, sabedoria, correção e inteligência. Além disso, está ligada à promoção de um pós-parto saudável para a mãe e o bebê, permitindo que a puérpera possa se dedicar plenamente a esse momento (SILVA, 2019). Lima (2016) também comenta a interculturalidade presente no que se refere aos hábitos brasileiros e de muçulmanos. Nas consultas pré-natal, as mulheres muçulmanas deverão ser atendidas especificamente por uma equipe de saúde composta integralmente de mulheres. Isso se deve ao princípio do islamismo, no qual a honra de uma mulher é posta em questão quando ela é tocada por um homem que não seja seu marido ou pertença à sua família. (SILVA, 2019 e LIMA, 2016). Diante desse contexto, resalta-se a relevância do conhecimento prévio dos profissionais de saúde sobre a cultura islâmica, incluindo suas práticas relacionadas à saúde. Não se trata apenas de adaptar os cuidados de saúde, mas sim de considerar profundamente as implicações desses cuidados na vida das mulheres muçulmanas (LIMA, 2016).

Por fim, a Batuira comenta sobre esse aspecto, como já citado anteriormente, que foi atendida por vários profissionais generalistas no início do seu pré-natal e que na Venezuela, sentia que o atendimento era com profissionais especialista. É válido ressaltar que nos protocolos de atendimento no sistema público do país, o médico da Estratégia da Saúde da Família é o profissional responsável por atender toda família, bebê, criança, adolescente, idoso e inclusive, gestante. De acordo com Ministério da Saúde, é recomendado que gestantes de baixo risco recebam acompanhamento pré-natal por médicos generalistas. A prática periódica e regular de acompanhamento por obstetras durante o pré-natal não demonstra benefícios significativos nos resultados perinatais quando comparada ao encaminhamento das pacientes para especialistas em casos de complicações durante o acompanhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

3.5. (Des)conhecimentos sobre violência ginecológica e obstétrica (VGO)

Diante desse questionamento, foi dedicado um tempo maior para permitir que as mulheres relatassem se já haviam ouvido falar do termo "violência ginecológica e obstétrica". A maioria delas (3) respondeu que não estava familiarizada com o termo. A partir dessa constatação, foram fornecidos exemplos utilizando uma linguagem acessível para ilustrar as diferentes formas de violência ginecológica e obstétrica, além daquelas mencionadas ao longo da entrevista. Isso visava facilitar a identificação de possíveis situações de violência vivenciadas pelas participantes. Esse momento foi crucial, pois proporcionou uma oportunidade para reflexão e, conseqüentemente, aumentou a conscientização dessas mulheres sobre o reconhecimento de suas experiências em relação à violência ginecológica e obstétrica, encaminhando para o próximo aspecto a ser abordado.

3.6. Percepções sobre vivências de violência ginecológica e obstétrica

Neste segmento, empreendeu-se uma análise mais aprofundada, após a interlocução estabelecida com as participantes, visando averiguar se houve reconhecimento e compreensão por parte delas em relação à experiência de violência ginecológica e obstétrica. Esse é um fator importantíssimo para a autonomia e empoderamento dessas mulheres, uma vez que é através do reconhecimento de uma violência que se torna possível afirmar-se e buscar os recursos necessários para enfrentá-la.

Três das cinco participantes, afirmaram e exemplificaram quando sofreram ou não, uma violência ginecológica, seja no Brasil ou mesmo no seu país de origem. Por outro lado, as entrevistadas 1 e 5, de nacionalidades distintas, relataram não terem vivenciado nenhum tipo de violência, mesmo após compartilharem alguns casos com a entrevistadora.

O trecho que chamou mais atenção no período de análise foi da Andorinha, que aborda uma instrução passada dentro do seu núcleo familiar, em que sua mãe a ensinou não gritar ao sentir dor na hora do parto, pois os profissionais de saúde se incomodavam, conforme demonstrado no relato abaixo:

Eu sabia, mi mama ela falava sempre para mim que é... que eu não tenho que gritar, não tenho que chorar, solo puxo pra fora ele. Ela sempre ensinou assim: quando você sentir dor, você empurra. Empurra muito forte e no grita porque aí o doutor ele fala muito besteira pra você depois. Enton aí eu sempre, quando eu for dar a luz para qualquer dos meus meninos, eu no chorei, no gritei [...] Da medo, mas tem que ser muito forte (ANDORINHA).

Dentro dessa lógica, o presente trabalho busca, justamente, romper com esses atos supremacistas na interação de equipe de profissionais de saúde e paciente, estabelecendo a compreensão do dever de respeitar a dignidade das pacientes, assim como os aspectos mentais e psicológicos, respeitando sua liberdade de agir, sentir e se expressar em momentos diversos dessa troca.

3.7. Anseios e expectativas das mulheres migrantes

Nesta etapa deu-se espaço para que as mulheres assumissem seu protagonismo a partir da fala e, no caso das pesquisadoras envolvidas, a escuta, para que fosse possível a identificação de soluções reais nas vivências dessas mulheres.

A narrativa da Andorinha reflete uma crítica ao atendimento médico, suas sugestões são direcionadas a uma prática médica mais humanizada e compassiva, enfatizando a importância do respeito e da empatia no relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes.

No caso da Narceja, relata não ter passado nem conhecido ninguém que passou por experiências ruins dentro dos sistemas de saúde em seu período de gestação, parto e puerpério. Entretanto, sabendo que a violência ginecológica e obstétrica é uma realidade enfrentada por muitas mulheres, comenta que seu principal impasse é falar a língua local, citado por todas as entrevistadas durante a pesquisa, diante disso, sugere que a equipe de saúde se capacite para lidar com outra língua além da sua nativa, assim como tenha maior maleabilidade e paciência ao lidar com os migrantes internacionais e reforça que é necessário, diante de um aumento significativo, de imigrantes e refugiados no Brasil nos últimos anos, que se conheça mais profundamente essas pessoas assim como suas necessidades principais. O maior conhecimento sobre o idioma das pacientes, foi citado também pelas entrevistadas 1 e 4.

Batuíra diz que, em sua opinião, a disponibilização de profissionais doulas seria uma excelente forma de dar apoio, acolhimento e acompanhamento às gestantes, através de orientações e testemunho, assegurar maior autoconfiança e autonomia às mulheres em casos de violência. Outro ponto importante levantado por Batuíra foi sobre a conduta dos profissionais de saúde que, ao terem muita pressa em atender, nem sempre realizam sua função de maneira integral. Salienta ainda, a grande demanda de pacientes para poucos profissionais nas unidades, o que gera a necessidade da rapidez em seu atendimento.

A Tuiuiú sugere para um melhor atendimento no âmbito da saúde da mulher, ter profissionais da sua nacionalidade acompanhando as consultas e sua gestação como também, os profissionais de Saúde brasileiros terem cursos para aprender a como lidar com mulheres de outras nacionalidades.

É válido observar que, apesar de algumas mulheres possuírem a mesma nacionalidade, portanto, língua, cultura e demais costumes, suas experiências acerca do tratamento e acolhimento recebido pelas unidades e profissionais de saúde foram desiguais, produzindo impactos sociais e de saúde diferentes em cada uma das mulheres, da mesma forma que suas sugestões de melhorias também abordaram diferentes aspectos.

Por fim, obteve-se também, a partir da escuta, um forte fator emocional mas também, significativo para algumas mulheres, como relata a Batuíra.

Obrigada por me ouvir, eu não tinha falado disso não, a verdade... até agora. Então obrigada pela oportunidade, por me ouvir com aquela paciência (BATUÍRA).

A partir dessa narrativa, reflete-se sobre a importância e necessidade urgente de abordar sobre esse tema com todas as mulheres, em especial, as migrantes, que muitas vezes se encontram sem uma rede de apoio estabelecida no Brasil, o que dificulta, portanto, um ambiente propício para relatar, se queixar ou até mesmo buscar auxílio. Diante disso, torna-se fundamental o papel político e educativo das universidades e unidades de saúde nesse cenário, para a construção e amplificação da emancipação e autossuficiência dessas mulheres.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades idiomáticas e o forte componente emocional da pesquisa, foi possível conhecer profundamente as diferentes vivências de mulheres migrantes no âmbito da violência ginecológica e obstétrica, identificando a necessidade de autonomia e autoconhecimento, para fortalecer seus direitos como cidadãs e mulheres, como também a demanda por capacitação dos profissionais de saúde para uma escuta qualificada.

Perante esse contexto da inflexibilidade e a imposição da assimilação cultural brasileira na rede de atendimento de saúde para com as gestantes migrantes, torna-se fundamental que haja uma estrutura de acolhimento destinado a essas mulheres de forma a propiciar sua emancipação, para que assim se alcance o respeito aos seus desejos e necessidades, além de

aumentar a adesão das migrantes aos serviços de saúde e ações preventivas, estabelecer vínculos que resultem na satisfação e saúde integral das usuárias.

Para isso, é fundamental proporcionar orientação a essas mulheres e disponibilizar canais de denúncia, auxílio ou para esclarecimento de dúvidas bem como apresentar os diferentes tipos de violência ginecológica e obstétrica, destacando exemplos de violência física, verbal, sexual, psicológica e negligência. Ao conhecerem e reconhecerem as diversas formas de violência, essas mulheres podem adquirir maior empoderamento e autonomia para identificar casos de violação de seus direitos, proporcionando, assim, uma base para reivindicações visando à proteção de sua integridade.

Em consonância com as sugestões feitas pelas entrevistadas, essa abordagem deve ser conduzida por meio de programas instituídos pelas entidades públicas de proteção à mulher sendo essencial a participação das mulheres migrantes na construção e elaboração de políticas públicas que lhes assistam, garantindo autonomia e representatividade em suas próprias demandas e necessidades.

É válido ressaltar a importância da inserção da sociedade em geral sobre o tema, para isso, estabelecer parcerias com instituições educacionais, corporações privadas, organizações religiosas, figuras proeminentes da sociedade e comunidades de migrantes para a construção de debates, conversas e ações educativas. Tais iniciativas visam abranger uma ampla gama de grupos sociais, étnicos e religiosos, com vistas a fomentar uma sociedade mais consciente e humanitária.

Por fim, mostra-se conveniente também, chamar a atenção para o agravamento das desigualdades sociais desse grupo e o não desenvolvimento de políticas públicas por parte dos órgãos de esfera municipal, estadual e federal, capazes de possibilitar e viabilizar a instrução a partir da comunicação e educação em saúde, além de estabelecer projetos de capacitação profissional para atuar com o público migrante, tanto no setor dos serviços de saúde como também em diversos âmbitos governamentais com a finalidade de garantir dignidade no atendimento e a busca da promoção da equidade e qualidade de vida dessa população, permitindo assim, o exercício da liberdade humana.

REFERÊNCIAS

AGUIAR B.S. *et al.* Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação CEInfo. **Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo.** Boletim CEInfo Análise nº 13, dezembro 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 49 p.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da Técnica e Amostragem “Respondent- Driven Sampling” na Estimação de Prevalências de Doenças Transmissíveis em Populações Organizadas em Redes Complexas**, 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2411>. Acesso em: 15 Dez, 2023.

ALMEIDA, M. O. **Violência obstétrica : nulla poena sine lege?** 2022. - Dissertação de Mestrado em Direito, Faculdade de Direito da Universidade Lusíada, Lisboa.

AMORIM, M. “O nome é violência obstétrica”. Entrevista concedida a Elisa Batalha. **Revista RADIS Comunicação e Saúde**, Manguinhos -RJ, 01 jul. 2019. Disponível em:<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/o-nome-e-violencia-obstetrica#access-content>

BARDIN, L.(2011). **Análise de conteúdo**. Edições 70. São Paulo: 2001

BETRAN, A. P. et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, p. e005671, jun. 2021.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M.. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, n. 2, p. 485–502, abr. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. Lei Federal Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 7 abr. 2005.

BRASIL. Lei Federal Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providência. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei Federal Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 5 set. 2022.

BRASIL. Lei Federal Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 jul. 1997.

BRASIL. Lei Federal Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 mai. 2017.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Idade para realização de laqueadura e vasectomia passa de 25 para 21 anos:** SUS oferta de maneira gratuita vários métodos que ajudam com os cuidados relacionados aos direitos reprodutivos Brasília: 03 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, R. C. D. S.; ALMEIDA JUNIOR, J. J. D.; MEDEIROS, A. C. Q. D. Puerperium Online: interactions of a virtual support group. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 3, p. 683–689, jul. 2022.

CARVALHO, A. C. B. et al. Experiências vivenciadas em atendimentos de medicina e enfermagem do SUS: reflexões sobre acesso e atenção à saúde de migrantes internacionais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5984, 5 fev. 2021.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual OBMigra 2022. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; **Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral.** Brasília, DF: OBMigra, 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL. Cartilha Violência Obstétrica. Campo Grande: Defensoria Pública-Geral do Estado, 2021. Cartilha. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/>.

ELY, L. América Latina é o continente mais violento para nascer. Revista Ihu On-Line, São Leopoldo – RS, p. 1-5, set. 2017. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/571452-america-latina-e-o-continente-mais-violento-para-nascer> Acesso em: 01 abr. 2021

FURLAN, M. L. F.; RAIOL, R. W. G. A aplicação do conceito de grupo vulnerabilizado a mulheres migrantes: uma perspectiva interseccional.: Aplicação do conceito de grupo vulnerabilizado a mulheres migrantes: uma perspectiva interseccional. **Revista Eletrônica Direito e Sociedade - REDES** , v. 1º, 30 de junho. 2023.

KURAMOTO, C. **Assistência ao parto de mulheres imigrantes:** a vivência do enfermeiro obstetra/obstetiz. Dissertação, 96p. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016.

LADEIRA, F. M. B.; BORGES, W. A. COLONIZAÇÃO DO CORPO E DESPERSONIFICAÇÃO DA MULHER NO SISTEMA OBSTÉTRICO. **Revista de Administração de Empresas**, v. 62, n. 4, p. E2021- 0082, 2022.

LAMY, Z.C. *et al.* ReGHID Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no Brasil: **Sumário executivo**. Fiocruz e UFMA, 2023.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 483–491, fev. 2022.

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

MARTINS, A.C.B.; CARVALHO, A.J.A.; TEODORO, L.; SILVA, V. P. Experiências vivenciadas em atendimentos de medicina e enfermagem do SUS: reflexões sobre acesso e atenção à saúde de migrantes internacionais. **Revista Eletrônica Acervo em Saúde**, v.13, p. E5984-e5990, 2021.

MILESI, R. CARLET, F. **Refugiados e Políticas Públicas: pela solidariedade, contra a exploração . Instituto Migrações e Direitos Humanos** , 14 out. 2006. Disponível em: <<https://www.migrante.org.br/refugiados-e-refugiadas/refugiados-e-politicas-publicas-pela-solidariedade-contra-a-exploracao/>>. Acesso em: 7 de mar. 2024

MORAES, K. K. F. *et al.* Ensino da língua portuguesa para migrantes internacionais: primeiro passo para o alcance dos direitos humanos. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 17 jun. 2021.

MOREIRA, P. D. C. *et al.* As Demandas Psicológicas no Puerpério: Uma Revisão de Literatura. **Revista FSA**, v. 19, n. 11, p. 363–386, 1 nov. 2022.

NICIDA, L. R. A. *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil . **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4531–4546, nov. 2020.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* LACERAÇÃO PERINEAL ASSOCIADA AO USO DE OCITOCINA EXÓGENA. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 6, n. 11, p. 1-6, 8 jun. 2017.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 26 mar. 2024

RATES, S. S.; CASTRO, M. C. Violência ginecológica e silêncio no interior do Modelo Médico no Chile. Stella Salinero Rates, Manuel Cárdenas Castro. **Revista de Obstetrícia e Ginecologia de Venezuela** , v. 03, pág. 226–238, 25 conjuntos. 2021.

RIBEIRO, J. C. **“Em África, a mulher faz tudo, mas aqui é o Brasil”**: gênero e outras categorias de diferenciação nos deslocamentos de pessoas refugiadas para a cidade de São Paulo. 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa – PB. 03 e 06 ago. de 2016.

ROCHA, B. D. D. et al. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03610, 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 Estudios en Cultura y Sociedad | Latin American Journal of Studies in Culture and Society** V. 03, ed. especial, dez., 2017, artigo nº 596.

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

STUART, M. G. **Responsabilidade civil decorrente de violência obstétrica**. Monografia (Bacharel em Direito) – Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, p. 105. 2022.

YAJAHUANCA, R. S. A. **A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo**. 2015. 192 f. Tese Doutorado em Ciências Sociais – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, USP, São Paulo.

ZANARDO, G. L. D. P. et al. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA**. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, n. 0, 2017.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE PERGUNTAS

Perfil da entrevistada: Idade: Nacionalidade:

Mãe ou gestante:

1º momento - Experiências e vivências das migrantes durante o processo de pré-parto, parto e pós- parto:

1- Você realizou o pré-natal? Foi realizado no Brasil?

pré-natal: acompanhamento médico durante a gestação, para averiguar a saúde da mãe e do bebê, como realização de exames – hemograma, urina, ultrassom, fator rh e etc.

2- Como foi seu pré-natal? Você compreendeu tudo o que as pessoas falaram, chegou a ter alguma dúvida?

3- Suas dúvidas foram esclarecidas?

4- Durante o seu parto, foi perguntado o que você queria?

5- Foram realizadas suas vontades durante o parto?

6- Sentiu algum desconforto em algum momento? Seu parto foi normal/ vaginal ou cesáreo?

7- Qual foi o tratamento recebido após o nascimento do seu bebê? Seus desejos foram respeitados?

2º momento - Análise do conhecimento das entrevistadas sobre violência obstétrica:

1- Você sentiu diferença em relação ao tratamento recebido em seu país de origem em comparação ao recebido no Brasil, durante o período da gestação e do parto?

2- Qual foi sua maior dificuldade quando chegou em uma unidade de atendimento de saúde?

3- Na sua opinião, você pensa que teve alguma violência ou desrespeito por parte da equipe de profissionais que te atendeu durante o período da gestação e do parto?

4- O que você entende por violência obstétrica?

Para o reconhecimento dos tipos de violência - Alguns exemplos de violência obstétrica:

Física = por uma prática ou intervenção desnecessária ou sem o consentimento da mulher: Aplicar soro com ocitocina, sem necessidade - hormônio que provoca contrações
Episiotomia – corte “pique” entre a vagina e o ânus para facilitar o parto

Empurrar a barriga para facilitar a saída do bebê (manobra de Kristeller)

Uso de fórceps sem necessidade – Pinça que puxa a cabeça do bebê para fora

Privação de comida ou água, impedir de se movimentar ou escolher a posição em que quer parir Forçar um parto cesariano sem indicação

Impedir que a mulher grite ou se expresse

Negligência = Dificultar, colocar obstáculos no acesso ao atendimento da mulher em qualquer momento da gravidez e do parto (como deixar esperando com dor ou apresentando sangramentos) e/ou impedir a entrada de um Acompanhante;

Sexual = Realizar exames de toque vaginal em excesso ou assédio;

Psicológica = Qualquer ação por parte da equipe de saúde que faça a mulher se sentir infantilizada, inferior, insegura, abandonada ou vulnerável;

Verbal = Falas constrangedoras e ofensivas à mulher, em relação à sua sexualidade, número de filhos, cor, religiosidade ou escolhas em relação ao parto.

3º momento: Levantamento das necessidades e sugestões das entrevistadas sobre o atendimento de saúde a partir de suas experiências;

1- Dessa experiência que você teve, o que você sugere que poderia ser mudado, como você gostaria que tivesse sido e o que você sentiu falta dentro do SUS, no atendimento dos profissionais de saúde?

➔ Caso a entrevistada não tenha passado por nenhuma experiência ruim –

Se você conhecesse alguém (da sua nacionalidade) que tenha passado por algum desconforto ou violência, o que você acha que deveria ser feito para que não aconteça mais?

➔ Caso a entrevistada não saiba o que poderia ser melhorado:

Na sua opinião, alguma dessas ações, diminuiria o desconforto das mulheres mães e gestantes em relação ao atendimento em saúde?

Exemplos:

- Os profissionais de saúde terem cursos para aprender a como lidar com mulheres de outras nacionalidades.

- Um local específico que atenda à saúde e outras necessidades das mulheres em sua cidade. Ter profissionais da sua nacionalidade acompanhando sua gestação.

- Rodas de conversas e campanhas que esclareçam às mulheres sobre a violência obstétrica, o que fazer nesses casos e onde procurar ajuda.

INFORMAÇÕES SOBRE DENÚNCIA:

No próprio hospital, clínica ou maternidade em que a mulher foi atendida; Ligar para o nº 180 (Central de Atendimento à mulher)

Ligar para o Disque Saúde 136

Nos conselhos de classe (CRM quando o desrespeito veio do médico, COREN quando do enfermeiro ou técnico de enfermagem)